Aus der Psychiatrischen Abteilung der Schloßpark-Klinik
(Chefarzt: Prof. Dr. med. Werner Greve)

PSYCHIATRISCHE PROBLEME BEIM SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH NACH DER 12. SCHWANGERSCHAFTSWOCHE

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von: Marie-Luise Waldhausen
aus: Bonn
1985

Aus der Psychiatrischen Abteilung der Schloßpark-Klinik
(Chefarzt Prof. Dr. med. Werner Greve)

PSYCHIATRISCHE PROBLEME BEIM SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH NACH DER 12. SCHWANGERSCHAFTSWOCHE

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von: Marie-Luise Waldhausen
aus: Bonn

Referent: Prof. Dr. W. Greve

Korreferent: Prof. Dr. M. Stauber

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 17. Januar 1985

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG	1
2.	DER RECHTLICHE RAHMEN FÜR DIE PSYCHIATRISCHE INDIKATION IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND	5
3.	METHODIK	13
3.1.	Grundlagen der Untersuchung	13
3.2.	Methode des Interviews	16
4.	ERGEBNISSE	19
4.1.	Übereinstimmende Aspekte in den Aussagen der Frauen	21
4.1.1.	Verhütungsmethoden	21
4.1.2.	Gespräch über Verhütungsfragen	22
4.1.3.	Subjektive Schwangerschaftszeichen	23
4.1.4.	Einstellung zur Adoption	24
4.1.5.	Erfahrungen im Krankenhaus	24
4.1.6.	Einstellung zum § 218 StGB	26
4.2.	Unterschiedliche Aspekte in den Aussagen der Frauen	26
4.2.1.	Gruppe 1	27
4.2.1.1.	Kinderwunsch und Schwangerschaftsverdacht	27
4.2.1.2.	Lebenssituation zum Zeitpunkt der Empfängnis Beziehung zum Vater des Kindes	27
4.2.1.3.	Entscheidungsprozeß	29
4.2.1.4.	Motivation zum Schwangerschaftsabbruch	30
4.2.1.5.	Beratungssituation	31
4.2.1.6.	Beurteilung der Suicidalität	34
4.2.1.7.	Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs	35
4.2.1.8.	Veränderungen durch den Schwangerschaftsabbruch	37
4.2.1.8.1.	Trennung, neue Partnerschaft	38

		Seite
4.2.1.8.2.	Verhütung nach dem Schwangerschafts-abbruch	38
4.2.1.9.	Therapeutische Hilfe	39
4.2.1.10.	Beurteilung der Entscheidung aus heutiger Sicht	40
4.2.1.11.	Belastung durch das Interview	40
4.2.2.	Gruppe 2	41
4.2.2.1.	Kinderwunsch und Schwangerschafts-verdacht	41
4.2.2.2.	Lebenssituation zum Zeitpunkt der Empfängnis Beziehung zum Vater des Kindes	42
4.2.2.3.	Entscheidungsprozeß	44
4.2.2.4.	Motivation zum Schwangerschafts-abbruch	46
4.2.2.5.	Beratung	48
4.2.2.6.	Beurteilung der Suicidalität	50
4.2.2.7.	Verarbeitung des Schwangerschafts-abbruchs	52
4.2.2.8.	Veränderungen nach dem Schwanger-schaftsabbruch	55
4.2.2.8.1.	Verhütung seit dem Schwangerschafts-abbruch	57
4.2.2.9.	Therapeutische Hilfe	58
4.2.2.10.	Beurteilung der Entscheidung aus heutiger Sicht	59
4.2.2.11.	Belastung durch das Interview	59
5.	ZUSAMMENGEFASSTES ERGEBNIS	61
5.1.	Mangelhafte Verhütung	61
5.2.	Einstellung zum § 218 StGB	62
5.3.	Einstellung zur Adoptionsfreigabe	62
5.4.	Situation im Krankenhaus	63
5.5.	Gruppe 1	64
5.6.	Gruppe 2	66
6.	DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	71
7.	ZUSAMMENFASSUNG	91

Seite

8. A N H A N G 93

KURZBIOGRAPHIEN DER NACHUNTERSUCHTEN FRAUEN

9. LITERATURVERZEICHNIS 143

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549619_0022

1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Die Indikationsregelung zum Schwangerschaftsabbruch ist auch nach der Reformierung des § 218 StGB im Jahre 1976 Gegenstand heftiger, zum Teil polemisch geführter Diskussionen. Im Vordergrund der öffentlichen Auseinandersetzung steht vor allem die sog. "Notlagenindikation". Die psychiatrische, als Teil der medizinischen Indikation findet hingegen kaum Beachtung. Ganz anders verhält es sich in der Praxis. Dort stellt sie eine sehr umstrittene Indikation zum Schwangerschaftsabbruch dar. Die psychiatrische Indikation ist gesetzlich nicht gesondert spezifiziert und wird vorwiegend bei massiver reaktiver Depression und bei konkretem Verdacht auf Suicidgefährdung erteilt. Im Gegensatz zur Zeit vor der Novellierung des § 218 StGB ist sie gegenwärtig fast ausschließlich bei Schwangerschaftsabbrüchen nach der 12. Woche von Bedeutung, einem Zeitpunkt, der eine andere als die medizinische Indikation nicht mehr zuläßt. Durch diese faktische Einschränkung und die Schwierigkeit für Nicht-Psychiater, die dem Gutachten zugrunde liegenden Kriterien nachzuprüfen, gerät sie immer wieder in den Verdacht einer "verkappten" Notlagenindikation.

Viele Gynaekologen verlassen sich deshalb bei ihrer Entscheidung, einen Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer psychiatrischen Indikation vorzunehmen, eher auf den persönlichen Leumund des begutachtenden Psychiaters, als auf die Begründung im Gutachten.[1)] Dabei spielt sicherlich eine Rolle, daß die Depressivität und die Suicidgefährdung der Frauen, bei denen psychiatrisch ein Schwangerschaftsabbruch für indiziert gehalten wurde, zum Zeitpunkt des Eingriffs beim Gynaekologen häufig nicht mehr, oder nur stark verdeckt nachzuweisen ist, da nach der ärztlichen Entscheidung zum

---

1) vgl. dazu die Äußerungen von KEPP in einem Rundtischgespräch anläßlich der 148. Tagung der Mittelrheinischen Gesellschaft für Gynaekologie und Geburtshilfe in Lau, Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch, 1976, S. 159

Abbruch häufig eine erhebliche psychische Entlastung der Frauen eintritt, die die vorherige Blockierung aufhebt (GREVE 1982).

Es fällt aber nicht nur dem Gynaekologen schwer, zu erkennen, ob ein Schwangerschaftsabbruch psychiatrisch indiziert ist, sondern auch dem begutachtenden Psychiater. In der Regel steht ihm nur ein einmaliger Begutachtungstermin zur Verfügung.

Hier fällt dem Psychiater die schwierige Aufgabe zu, aufgrund dieser einmaligen Exploration sich ein Bild von der Persönlichkeit der Frau und ihrer spezifischen Situation zu machen, um in Abwägung der Risiken, welche sich durch das Austragen der Schwangerschaft, ebenso wie auch durch den operativen Eingriff ergeben, seine Beurteilung zu bilden. Statt eines "Gesamtbildes" von der psychischen Konstitution der um Schwangerschaftsabbruch nachsuchenden Frau erhält er häufig nur eine "Momentaufnahme". In der Regel erfährt weder der begutachtende Psychiater, noch der Gynaekologe, wie die Patientin den Eingriff verkraftet hat, und wie es ihr später ergangen ist.

Die vorliegende Arbeit war von der Intention geleitet, mehr Informationen über die persönlichen Konflikte von Frauen zu erhalten, die mit dem Wunsch eines Schwangerschaftsabbruchs nach der 12. Woche psychiatrisch begutachtet worden waren, und herauszufinden, inwieweit diese Frauen durch das Erlebnis des Abbruchs beeinflußt worden sind, und ob evtl. die Konflikte nach dem erfolgten Eingriff gelöst werden konnten.

In diesem Zusammenhang war eine Literaturstudie allein wenig hilfreich. In den bisher erschienenen Veröffentlichungen, die sich mit diesem Thema auseinandersetzen, lag entweder eine andere Fragestellung zugrunde, die Untersuchung psychischer Folgezustände nach Schwangerschaftsabbrüchen (BUSER-WILDI 1948, EKBLAD 1953, GREVE 1968, SCHULTE 1969 etc.),

oder sie befaßten sich mit einem anderen Kollektiv. Sie konzentrierten sich beispielsweise auf jugendliche Patientinnen (PEREZ-REYES 1973, MERZ 1979) oder auf solche Frauen, deren Abbruchsgesuch vom Psychiater abgelehnt worden war (KIND et al. 1974, WANNER 1974, SCHORNO 1966). Darüber hinaus sind Arbeiten erschienen, die sich auf eine ähnliche Zielgruppe beziehen, nämlich Patientinnen mit psychiatrischer oder medizinischer Indikation, diese Untersuchungen sind jedoch ausnahmslos im Ausland durchgeführt worden (NISWANDER et al. 1967, MARGOLIS 1971).

Seit der Reformierung des § 218 StGB sind in der Bundesrepublik Deutschland überhaupt nur zwei Studien in dieser Richtung veröffentlicht worden: JÜRGENSEN untersuchte im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung Frauen, deren Abbruchsgesuch durch unbewältigte Trennungskonflikte begründet war, und GOEBEL befaßte sich mit der Motivation zum Schwangerschaftsabbruch anhand einer von ihm durchgeführten Befragung von 228 Patientinnen. Beiden Untersuchungen ist gemeinsam, daß im Rahmen der Fragestellung die Indikation zum Abbruch keine Rolle spielte, so daß hierbei in erster Linie Frauen mit sozialer Indiaktion untersucht wurden.

Zur Verringerung dieses Forschungsdefizits schien eine Untersuchung angemessen, die sich bemüht, Primärinformationen zusammenzutragen.

In einer Nachuntersuchung wurden ausnahmslos Frauen befragt, die einen Schwangerschaftsabbruch nach der 12. Woche wünschten und zur Frage einer psychiatrischen Indikation begutachtet worden waren. Es erfolgte eine ausführliche Befragung über die Situation der Frau zum Zeitpunkt der Empfängnis, die Entscheidungsfindung, die Gründe für den Schwangerschaftsabbruch, die Verarbeitung des Eingriffs und die spätere Entwicklung. Darüber hinaus wurden Antworten auf folgende Fragen erhofft:

- Lassen sich bei diesen Frauen biographische Gemeinsamkeiten feststellen?
- Warum suchten diese Frauen erst so spät einen Arzt/eine Beratungsstelle auf?
- Wurde die Schwangerschaft tatsächlich nicht früher bemerkt, oder führte eine verstärkte Ambivalenz, verbunden mit einem bewußten oder unbewußten Kinderwunsch, zu einer Verleugnung der Schwangerschaft?

Vorangestellt ist eine Dokumentation zur gesetzlichen Regelung der legalen Schwangerschaftsabbrüche in der Bundesrepublik Deutschland und ein Überblick über die Diskussion zur psychiatrischen Indikation.

Methode und Ergebnisse dieser Untersuchung finden sich im 3. bzw. 4. Kapitel.

Im Anschluß an die Darstellung der Befragung werden im 6. Kapitel die Ergebnisse im Zusammenhang mit Resultaten vergleichbarer Arbeiten diskutiert und bewertet.

Im Anhang befinden sich Kurzbiographien der befragten Frauen, die einen besseren Einblick in deren spezifische Problematik erlauben.

Die vorliegende Arbeit möchte den Informationsstand erweitern, sowohl über Ursachen ungewollter Schwangerschaften, als auch über Verarbeitungsmuster von Schwangerschaftsabbrüchen im Hinblick auf psychiatrisch indizierte Eingriffe. Sie könnte damit gleichermaßen für den begutachtenden Psychiater wie auch für den solche Eingriffe durchführenden Gynaekologen interessant sein.

2. DER RECHTLICHE RAHMEN FÜR DIE PSYCHIATRISCHE INDIKATION IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

In der Bundesrepublik Deutschland ist der Schwangerschaftsabbruch gemäß dem § 218 StGB für Frau und Arzt unter Strafe gestellt; das Gesetz sieht jedoch Ausnahmen, sog. Indikationen, vor, die die legale Unterbrechung einer Schwangerschaft gestatten.

Bis 1976 existierte keine gesetzliche Regelung über rechtmäßige Schwangerschaftsabbrüche, lediglich die Rechtsprechung hatte einzelne Tatbestände entwickelt, nach denen ein Schwangerschaftsabbruch als nicht strafbar angesehen wurde. Darunter fielen die medizinische wie auch die ethische Indikation. Wegen einer fehlenden gesetzlichen Regelung bestand eine große Rechtsunsucherheit.

Die Bemühungen um eine Reform des § 218 StGB waren seit Anfang der 70er Jahre Gegenstand heftiger Diskussionen. Im Zentrum der Kontroverse stand die Frage, ob das Selbstbestimmungsrecht der Mutter in den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft höher zu bewerten sei, als das Recht des Kindes auf Leben. Im Jahre 1974 hatte die damalige SPD/FDP-Regierung gegen den Widerstand der Opposition eine Reformierung des § 218 StGB eingebracht, nach der die sog. Fristenregelung Gesetz werden sollte. Eine einstweilige Anordnung setzte jedoch den Vollzug der Fristenregelung außer Kraft, die schließlich 1975 in einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts als Verstoß gegen die im Grundgesetz garantierte Unantastbarkeit des Lebens verworfen wurde. Daraufhin legte die SPD/FDP einen neuen Entwurf vor, der eine weitgefaßte Indikationsregelung mit der neu hinzugefügten Notlagenindikation vorsah. Trotz Einspruch von seiten der Opposition und des Bundesrates, die die soziale Indikation nicht anerkannte, wurde der Koalitionsentwurf angenommen und trat im Juni 1976 in Kraft (TALLEN 1980).

Der reformierte § 218 StGB sieht neben der medizinischen, eu-

genischen und ethischen Indikation zusätzlich eine soziale Indikation, die sog. "Notlagenindikation" vor, die angezeigt ist,

> "um von der Schwangeren eine Notlage abzuwenden, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann und nicht auf eine andere, für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann." (§ 218 StGB, Abs. 2, 3.a und b)

In diesen Fällen dürfen seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen verstrichen sein.

Nach der 12. Woche kann eine Schwangerschaft nur unterbrochen werden, wenn dies aus medizinischen Gründen angezeigt ist. Die entsprechende Passage im Gesetzestext besagt, daß

> "der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere, für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann." (§ 218 StGB, Abs. 1, 2.)

Die gesetzlichen Bestimmungen verpflichten zu einer Beratung der Schwangeren, zum einen über die zur Verfügung stehenden Hilfen, "die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern" (§ 218 StGB, Abs. 1, 1.), zum anderen über ärztlich bedeutsame Gesichtspunkte des Eingriffs. Diese beratende Tätigkeit obliegt nur Beratungsstellen, die von einer Institution des öffentlichen Rechts anerkannt sind, sowie Ärzten, die jedoch selbst den Eingriff nicht vornehmen dürfen.

Eine um Schwangerschaftsabbruch nachsuchende Frau hat sich demzufolge mit einer ganzen Reihe von Personen auseinanderzusetzen, zunächst mit dem Gynaekologen, der ihre Schwangerschaft feststellt, anschließend mit einem Berater, der, sofern es sich um einen Mediziner handelt, auch gleich die

ärztliche Beratung übernimmt und im allgemeinen auch evtl. die Indikation zum Abbruch stellt, und zuletzt mit dem Gynaekologen, der den Eingriff bei ihr ausführt. Ob nun eine Frau darüber hinaus noch zu einem Psychiater überwiesen wird zur Frage einer psychiatrischen Indikation, steht ganz im Ermessen des Beraters.

Es ist auffallend, daß seit 1976 der Anteil der psychiatrischen Indikation an der Gesamtzahl der Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch deutlich zurückgegangen ist. In den 60er Jahren war parallel zu dem allgemeinen Anstieg legaler medizinisch indizierter Abbrüche eine deutliche Zunahme und ab 1965 ein Überwiegen der psychiatrischen Indikation zu verzeichnen, die im Jahre 1975 mit 90 % gipfelte. Demgegenüber scheint die psychiatrische Indikation nach der Novellierung des § 218 StGB im Jahre 1976 ihre Bedeutung verloren zu haben. Statistisch gesehen erscheint sie nur noch in 3 % der Fälle. Mit diesem Rückgang geht ein Anstieg der sozialen Indikation von 45 % im Jahre 1976 auf 72 % im Jahre 1980 einher.

GREVE hat darauf hingewiesen, daß man aus der Umschichtung der Indikationen für einen legalen Schwangerschaftsabbruch von der psychiatrischen zur sozialen Indikation annehmen muß, daß viele der vor der Reform 1976 als psychiatrisch indizierten Abbrüche nun unter der sog. Begutachtung abgehandelt werden. Die psychiatrische Begutachtung spielt heute im wesentlichen nur noch in denjenigen Fällen eine Rolle, wo die 12-Wochen-Frist abgelaufen ist. Die Folge dieser Regelung ist, daß Frauen, die vor Ablauf der 12. Woche um einen Abbruch nachsuchen, nicht mehr, wie vor 1976, psychiatrisch untersucht werden. Wie GREVE ausführt, liegen aber häufig in diesen Fällen über die akute Krise hinaus seelische Erkrankungen vor, die zum großen Teil auch einer Behandlung bedürfen, so daß jetzt mögliche Hilfen unterbleiben. Nach der 12. Woche ist dann die Beratung und Begutachtung noch wesentlich komplizierter infolge des enormen Zeitdrucks und angesichts der Verzweiflung der betroffenen Frauen (GREVE 1982).

So wie die statistischen Zahlen belegen, daß die Kategorisierung der Beratungsfälle nicht von der Realität der betroffenen Frauen bestimmt, sondern durch die gesetzlichen Vorgaben determiniert ist, wird auch in dem vom Gesetz vorgeschriebenen Beratungs- und Begutachtungsgespräch deutlich, daß der wirklichen Situation der Frau wenig Rechnung getragen werden kann.

Es gibt in der Literatur wenige Arbeiten, die sich mit den Richtlinien zur Vergabe einer psychiatrischen Indikation befassen.

Die Autoren teilen weitestgehend die Auffassung, daß das alleinige Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung noch keinen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigt. Auch die Suicidalität stellt für sich genommen keinen Indikationsgrund dar.

Im einzelnen präzisieren die Autoren ihre Beurteilungsmaßstäbe unterschiedlich umfassend.

Hervorzuheben sind hier BINDER sowie GLAUS, die bereits 1948 bzw. 1951 Kriterien für die Vergabe der psychiatrischen Indikation aufgestellt haben. Beide haben offenbar maßgeblich dazu beigetragen, daß sich in der Schweiz zahlreiche Autoren mit dieser Thematik befaßt haben, aus ihren Veröffentlichungen geht hervor, daß sie sich ausnahmslos an den Kriterien von BINDER und GLAUS orientiert haben.

BINDER hat die Lebensläufe von 350 unehelichen Müttern untersucht und stellt eingangs seiner Ausführungen fest,

> "daß es wirklich solche Kriterien gibt, die, wenn sie am Anfang einer Gravidität konstatiert werden, die Berechtigung zum Abort geben, weil sonst in über der Hälfte der Fälle tatsächlich eine schwere psychische Dauerschädigung der Mutter eintritt" (BINDER 1951, S. 251).

Als erstes Kriterium nennt BINDER, daß die Schwangere durch die Gravidität und die Aufzucht des Kindes voraussichtlich in eine außerordentlich schwere, durch keine sozialen Maßnahmen abzuwendende, chronische Konfliktsituation hineingetragen wird. Diese besonders schwere Konfliktsituation zeigt

sich nach BINDER darin,

> "daß die große Mehrzahl jener grundlegenden Beziehungen zur Umwelt, in denen die werdende Mutter sonst einen Halt und eine Stütze zu gewinnen pflegt, konflikthaft alteriert wird" (BINDER, ebenda).

BINDER sieht das zweite Kriterium erfüllt, wenn die Schwangere sich durch eine besonders ausgeprägte Empfindlichkeit und Widerstandslosigkeit gegenüber den Auswirkungen einer Konfliktsituation auszeichnet, die vor allem dann gegeben ist, wenn sich die Frau bereits vor dem Eintritt der Schwangerschaft in einer abnormen psychischen Verfassung befunden hat. Die Indikationsstellung richtet sich nach BINDER in erster Linie nach der Längsschnitt-Untersuchung der ganzen Lebensentwicklung der Schwangeren, der augenblicklichen seelischen Reaktion kommt demnach erheblich weniger Bedeutung zu.

Analog zu BINDER hebt GLAUS hervor, daß

> "psychische Störungen und Krankheiten kaum je wegen einer Schwangerschaft das Leben einer Frau unmittelbar bedrohen werden, es sei denn, durch das Auftreten selbstmörderischer Tendenzen; aber auch in solchen Fällen wird die Suicidgefahr kaum je die alleinige Indikation für die Schwangerschaftsunterbrechung ausmachen. Bei wirklich ernst zu nehmender Suicidalität wird nämlich die Gefahr dauernden schweren Schadens an der Gesundheit fast immer damit verbunden sein und die Hauptindikation abgeben." (GLAUS 1948, S. 98)

Auf die Einbeziehung sozialer Faktoren in die Indikationsbeurteilung weist WANNER hin, der sich ebenfalls auf die von BINDER benannten Kriterien bezieht und ergänzend hinzufügt:

> "Soziale Aspekte wurden nicht selten mitberücksichtigt, so daß bei zahlreichen Gutachten von einer sozial-medizinischen und nicht von einer rein medizinischen Indikation gesprochen werden konnte." (WANNER 1974, S. 23)

Von den in der Bundesrepublik Deutschland erschienenen Veröffentlichungen ist vor allem MENDEs Beitrag zu nennen. Nach MENDE spielen in der psychiatrischen Indikationsbeurteilung die depressiven Reaktionen die größte Rolle, worunter er see-

lische Reaktionen auf die konflikthaft erlebte unerwünschte Schwangerschaft versteht. Sie erfordern eine subtile Analyse der aktuellen Lebenssituation, in der der Eintritt der Schwangerschaft sich zum Konflikt entwickelt hat. Allen ist die Tendenz gemeinsam, daß die Schwangerschaft abgebrochen werden soll,

> "diese klare Zielrichtung bewirkt, daß immer auch tendenziöse Ausgestaltungen der Symptomatik mehr oder minder deutlich hervortreten. Das darf den Arzt aber nicht dazu verleiten, die Echtheit der depressiven Symptome - insbesondere der Suicidäußerungen - womöglich generell anzuzweifeln." (MENDE 1976, S. 82)

Obwohl MENDE die Suicidtendenzen im Rahmen von depressiven Erlebnisreaktionen grundsätzlich für weniger alarmierend hält als bei endogenen Verstimmungszuständen, so läßt er doch keinen Zweifel daran, daß im Einzelfall die Suicidalität bedrohliche Ausmaße annehmen kann, so vor allem bei jungen Mädchen und extramatrimoniell geschwängerten Ehefrauen. Bei der Beurteilung der Suicidalität gelten bestimmte Personengruppen (Alleinstehende, Psychosekranke, Süchtige, Alkoholiker) als besonders gefährdet, ebenso können bestimmte Lebensumstände wie Vereinsamung, Entwurzelung, krisenhafte Zuspitzung in Konfliktsituationen Suicidtendenzen bewirken. Aktuelle Suicidtendenzen bei ungewollt Schwangeren lassen sich nach MENDE

> "erfahrungsgemäß rasch entschärfen. Sie entspringen der momentanen verzweifelten Stimmungslage infolge der übermächtig erscheinenden Konfliktsituation. Oft lassen sie sich sogar schon im ersten Beratungsgespräch wirksam eindämmen." (MENDE 1976, S. 83)

Davon unterscheidet MENDE jedoch Fälle von depressiven Erlebnisreaktionen, bei denen der Schwangerschaftsabbruch erwogen werden muß, nicht wegen einer möglichen Suicidgefahr, sondern um depressiven Entwicklungen vorzubeugen. Bei diesen Fällen handelt es sich zum einen um unehelich Schwangere unter 18 Jahren, bei denen die Konfliktsituationen häufig derart dramatisch zugespitzt sind, daß sie ein Einmünden in eine langwierige neurotische Entwicklung befürchten lassen. Ähn-

lich verhält es sich zum anderen mit Erschöpfungsdepressionen bei schon etwas älteren Frauen, die mehrfach geboren haben, chronisch überfordert sind und kurz vor dem Klimakterium stehend noch einmal unerwartet schwanger werden. Die Gravidität kann zu einer Dekompensierung in Form eines besonders gearteten depressiven Verstimmungszustands führen. Hier liegt nach MENDE die Hauptgefahr in einer Chronifizierung der Verstimmung, d.h. einer ernsten gesundheitlichen Schädigung, der am ehesten durch einen Schwangerschaftsabbruch begegnet werden kann. Generell stellt MENDE fest, daß bei psychischen Leidenszuständen keine obligate Indikation zum Abbruch besteht.

Gerade im Hinblick auf die Suicidalitätsbeurteilung ist die Skepsis der Gynaekologen, wie bereits in der Einleitung angedeutet, besonders groß. Dies bestätigen auch amerikanische Autoren, so schreibt MARDER:

> "There is a general knowledge that psychiatrists are prone to identify as suicidal patients who are not. This creates skepticism and resistance by other physicians, which tends to minimize psychiatric evidence suggesting severe suicidal risk." (MARDER 1970, S. 1231)

MARDER sowie MEYEROWITZ differenzieren zwischen 3 Graden des Suicidalitätsrisikos, wobei sie, wenn auch im Detail etwas abweichend, grundsätzlich in ihrer Einteilung übereinstimmen, die sich in erster Linie an vorausgegangenen Suicidversuchen orientiert. Dementsprechend besteht bei mehreren Versuchen ein hochgradiges Risiko, bei einem solchen früheren Ereignis ein mäßiges und bei Suicidüberlegungen ein relativ schwaches Risiko einer Selbstmordhandlung. Die Vergabe der Indikation wird auch bei diesen Autoren nicht allein vom Grad des Suicidalitätsrisikos abhängig gemacht, jedoch kann man nach MEYEROWITZ davon ausgehen, daß in den Fällen mit hochgradigem Risiko immer, und in solchen mit mäßigem Risiko fast immer dem Antrag auf Schwangerschaftsabbruch zugestimmt wurde (MEYEROWITZ 1971).

Als Fazit dieser Diskussion bleibt zu konstatieren, daß die Kriterien für eine psychiatrische Indikation in hohem Maße uneinheitlich und dem Ermessen des Gutachters anheim gestellt sind.

3. METHODIK

3.1. Grundlagen der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich ausschließlich auf Frauen, die beim Sozial-Medizinischen Dienst Charlottenburg (in der Frauenklinik der FU Berlin, Pulsstraße) zwischen März 1979 und März 1982 vorstellig wurden und nach einer eingehenden Beratung zur psychiatrischen Begutachtung an die Psychiatrische Abteilung der Schloßpark-Klinik weiterempfohlen wurden. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 71 Frauen begutachtet, davon lag in 65 Fällen die Indikation zum Abbruch vor. Einen Gesamtüberblick gibt Tabelle 1.

Tabelle 1: Persönliche Daten aller begutachteten Frauen - Vergleich zwischen allen erfaßten und den nachuntersuchten Fällen

		insgesamt 71 Frauen	davon 24 nachuntersucht
Alter	14 - 21	28	9
	22 - 31	18	6
	32 - 45	25	9
Kinder	Ø Kind	36	9
	1 Kind	13	4
	2 und mehr Kinder	22	11
	bereits Kinder zur Adoption freigegeben	6	2
vorherige SAB	1 SAB	6	2
	> 1 SAB	1	Ø
Kontrazeption	Pille	10	5
	"unsichere" Mittel	7	4
	Ø Kontrazeption	54	15
Beziehung	fest/gut	12	5
	fest/schlecht	31	11
	Trennung erfolgt	13	4
	Zufallsbekanntschaften	14	3
	sex. Nötigung	1	1

SSW	12. - 16.	45	15
	16. - 20.	20	7
	20.	6	2
Ausbildung	Schule	8	1
	Lehre	5	Ø
	Studium	4	2
abgeschl.	akadem.	5	3
	Angestellte	27	13
	Ø Ausbildung	22	5
Berufstätigkeit	berufstätig	25	9
	arbeitslos	17	5
	Hausfrau	12	7
Schwierige soziale Verhältnisse			
	- Probleme im Elternhaus (Scheidung, Abusus der Eltern, Heimaufenthalt)	19	6
	- Erkrankungen in der Jugend (Epilepsie, rheumat. Fieber, Angstneurose, Psychose etc.)	10	3
	- Sucht (der Pat.)	9	2
	- Abusus des Partners	8	3
Hauptmotivation zum SAB			
	- Beziehung/Ehekonflikte	20	6
	- Alter, Berufstätigkeit	7	4
	- Beendigung der Ausbildung	8	3
	- mangelnde Reife	13	4
	- finanzielle Probleme	5	2
	- generelle Überforderung	12	3
	- ungünstige Lebenssituation	6	2
Suicidalität	ja	57	19
	nein	14	5
vorherige Versuche	1 Versuch	16	7
	>1 Versuch	3	1
Beurteilung im Gutachten			
	- infantile Struktur/intellektuelle Minderbegabung	50	17
	- differenzierte Struktur	21	7
therapeutische Hilfe angeraten	ja	45	18
	nein	26	6
Diagnosen	- reaktive Depression	43	15
	- neurot. Entwicklung	20	6
	- psychoorg. Wesensveränderung	2	1
	- Ø Depression, Ø Suicidalität	6	2
Indikation	ja	65	22
	nein	6	2

Zunächst war geplant, eine Totalerhebung der Fälle durchzuführen. Zu diesem Zweck wurden die betreffenden Frauen angeschrieben, oder aber angerufen, um einen Gesprächstermin zu vereinbaren. Teilweise wurde auch versucht, die Frauen persönlich aufzusuchen, es konnten jedoch 24 Frauen unter den angegebenen Adressen nicht mehr angetroffen werden. Zwei Frauen waren verstorben (Suicid), wie durch Befragung von Angehörigen bzw. Nachbarn in Erfahrung gebracht werden konnte, nach deren Aussagen der Suicid dieser Frauen nicht im Zusammenhang mit dem erfolgten Schwangerschaftsabbruch stand. Mit 18 weiteren Frauen wurde zwar Kontakt aufgenommen, jedoch kam es, trotz teilweise mehrfacher Besuche, nicht zu einem Gespräch. Verabredungen wurden häufig nicht eingehalten oder aber kurzfristig abgesagt, teils, weil der Ehemann dagegen war, teils, weil die Frauen sich anders entschlossen hatten. In diesen Fällen war es nicht möglich, mit den Frauen über die Beweggründe zu diesem Sinneswandel zu sprechen, jedwede Fragen, meist im Rahmen eines Telefongesprächs, wurden rigoros abgeblockt. Häufig wurden Gespräche von vornherein verweigert mit der Begründung, sie hätten mit der ganzen Sache abgeschlossen und seien keineswegs daran interessiert, nochmals darüber zu sprechen. Zwei minderjährigen Mädchen wurde das Interview von den Eltern untersagt.

Übrig blieb ein Sample von 24 Frauen, die nachuntersucht wurden. Dieses Kollektiv ist für Beratungsfälle des SMD repräsentativ.

Die Untersuchung wurde 1 bis 2 Jahre nach der Begutachtung bzw. dem Eingriff durchgeführt. Sie basiert somit zum einen auf den Unterlagen des SMD und den psychiatrischen Gutachten und zum anderen auf der Methode des offenen Interviews.

3.2. Methode des Interviews

Die Methode des offenen, gelenkten Interviews wurde gewählt, um den Frauen eine freie und umfassende Darstellung ihrer persönlichen, spezifischen Situation zu ermöglichen. Eine therapeutische Haltung wurde während des Gesprächs vermieden; Widersprüche wurden stehengelassen, sofern die Frauen nicht von sich aus die Bereitschaft zeigten, darüber zu sprechen. Die Interviewsituation stellte ein privates Zwiegespräch, ohne Zuhörer dar. Das Gespräch wurde per Tonband aufgezeichnet und später niedergeschrieben. Während des Interviews wurde ferner darauf geachtet, wertende oder interpretierende Bemerkungen zu unterlassen, um allein die Meinung der Befragten zu erfassen.

Die Gespräche wurden allerdings nicht vollständig "offen" geführt, sondern durch einen Interviewleitfaden strukturiert. Das Interview wurde stets eingeleitet durch die Frage: "Wie haben Sie die Schwangerschaft bemerkt?" In vielen Fällen genügte dieser Stimulus, um die Befragte zu veranlassen, die "Geschichte" ihres Schwangerschaftsabbruchs zu erzählen. Anhand des vorher erarbeiteten Interviewleitfadens wurden Zusatzfragen gestellt, um die Antworten zu vertiefen und eine gewisse Mindestinformation zu erhalten, sowie die Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews zu sichern.

Diese Methode hat spezifische Vor-, aber auch Nachteile. Nachteilig gegenüber standardisierten Interviewtechniken ist, daß sich der Einfluß des Interviewers nicht vollständig ausschließen läßt und die präsentierten Antwortstimuli nicht überall gleich sind. Darunter leidet vor allem die Vergleichbarkeit der Antworten und die statistische Relevanz der Ergebnisse.

Die offene Gesprächstechnik liefert jedoch Informationen, die relevanter und valider sind, als durch Statistiken oder standardisierte Fragebögen erhebbar. Das "narrative Interview"

eröffnet die Möglichkeit zur Entfaltung einer Situation, in der der Betroffene sowohl die Fülle, als auch die Nuancen seiner subjektiven Erfahrungen zum Ausdruck bringen kann. Dieser Aspekt ist für die behandelte Thematik von äußerster Wichtigkeit. Die Vorteile der offenen Methode scheinen daher deren Nachteile zu überwiegen.

Die Befragung konzentrierte sich auf folgende Punkte, wobei sich nicht an die hier aufgeführte Reihenfolge gehalten wurde, sondern die Fragen wurden dem jeweiligen Gesprächsverlauf angepaßt.

1. Situation vor dem Schwangerschaftsabbruch
   - wie wurde die Schwangerschaft bemerkt?
   - Schwangerschaftsverdacht: Periode, Blutungsveränderungen, subjektive Schwangerschaftszeichen, evtl. bei vorherigen Schwangerschaften
   - Kinderwunsch
   - Kontrazeption
   - Partnerschaft
   - Reaktion auf die Feststellung der Schwangerschaft
   - Gespräch mit dem Partner/mit anderen Personen
   - Entscheidungsprozeß: Gründe für/gegen den Abbruch
   - Entscheidungsfällung, alleine?
   - Suicidgedanken
   - Arztbesuche und Beratungssituation: SMD und psychiatrische Begutachtung
   - Einstellung zur Adoption

2. Situation im Krankenhaus
   - Ablauf des Eingriffs
   - Verhalten von Ärzten und Schwestern: Ressentiments?
   - Kontakt zu anderen Patientinnen
   - Besuch

3. Situation nach dem Schwangerschaftsabbruch
   - unmittelbare Reaktion nach dem Eingriff

- spätere Verarbeitung: Gefühle, Gedanken, Träume, evtl. Reue, Schuldgefühle, Traurigkeit etc.
- Gespräche über den Abbruch
- therapeutische Hilfe
- Veränderungen der persönlichen Lebenssituation: Partnerschaft, evtl. neuer Partner
- Kontrazeption seit dem Abbruch, Gespräch über Verhütung
- Einstellung zum § 218 StGB/Abbruch, Veränderungen?
- Beurteilung der Entscheidung

4. Allgemeine Angaben
   - eigene Entwicklung
   - Ausbildung, Berufstätigkeit
   - finanzielle Verhältnisse
   - Verhältnis zu Eltern und Geschwistern
   - Belastung durch das Interview

4. ERGEBNISSE

In der Zeit von April 1981 bis Juli 1982 wurden 24 Frauen nachuntersucht, die zur Frage der medizinischen Indikation psychiatrisch begutachtet worden waren.

Bei zwei Frauen war die Indikation verneint worden, eine hat daraufhin ihr Kind zur Welt gebracht, die andere hat den Schwangerschaftsabbruch in einer anderen Klinik durchführen lassen.

Eine Frau hat, obwohl die Indikation vorlag, ihre Schwangerschaft auf Betreiben ihres Mannes ausgetragen.

Die restlichen Frauen haben bis auf zwei den Schwangerschaftsabbruch in der Frauenklinik Charlottenburg der FU Berlin durchführen lassen.

Einen Überblick über die psychiatrischen Diagnosen in den Gutachten gibt Tabelle 2.

Tabelle 2: Psychiatrische Diagnosen aus den Gutachten der nachuntersuchten Frauen

- Begründungen für ein positives Gutachten	
schwere reaktive Depression	15
- mit Suicidalität	11
- mit fehlendem Übersichtsvermögen, Risiko einer selbstgefährdenden Verzweiflungstat	2
- mit Entwurzelungsdepression	1
- mit Erschöpfungsdepression	1
chronifizierte Psychose mit Gefahr der Dekompensation mit Exacerbation einer floriden psychotischen Symptomatik	1
neurotische Entwicklung, Depression	6
- mit Alkohol/Medikamentenabusus, abnormen Erlebnisreaktionen und Suicidgefährdung	1
- mit Alkoholabusus auf der Basis einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung	1
- mit depressiv-zwanghaften Zügen und Suicidgefahr	1
- mit massiver, sehr stark einengender Symptomatik	1
- Begründungen für ein negatives Gutachten	
Hauptschwierigkeiten im finanziellen Bereich	
- Fehlen von Depression und Suicidgefährdung	2

Bei der Auswertung der Befragung lassen sich einerseits wichtige Gemeinsamkeiten, andererseits signifikante Unterschiede in den Aussagen der Frauen feststellen.

Im Hinblick auf die Untersuchungsergebnisse können die 24 Frauen in zwei numerisch gleichgroße Gruppen unterteilt werden. Das dieser Einordnung zugrundeliegende Kriterium ist die Art und Weise, wie die Frauen ihre Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch gefällt haben.

Es steht außer Frage, daß eine derartige Einteilung immer mit gewissen Verallgemeinerungen verbunden sein muß, was nicht zu dem Fehlschluß verleiten darf, die Frauen automatisch in eine der beiden Gruppen einordnen zu wollen, sobald bestimmte Kriterien erfüllt sind.

Die Einteilung wurde gewählt, weil sich auf diese Weise bestimmte übereinstimmende Strukturen innerhalb der jeweiligen Gruppe nachweisen lassen. Um jedoch der Individualität der Einzel-Schicksale Rechnung zu tragen, bemüht sich die Arbeit, möglichst viele authentische Aussagen zu zitieren.

4.1. Übereinstimmende Aspekte in den Aussagen der Frauen

4.1.1. Verhütungsmethoden

Alle Frauen haben der Kontrazeption wenig Beachtung geschenkt

15 Frauen haben zu dem Zeitpunkt, als sie schwanger geworden waren, überhaupt kein Verhütungsmittel benutzt. Davon gaben zwei ausdrücklich an, ihr Partner habe immer "aufgepaßt", zwei Frauen sagten, daß sie nur selten mit einem Mann zusammen sind, drei waren der Meinung, nicht schwanger werden zu können, darunter eine Frau, die ihre Annahme wie folgt begründete:

> "Ich mußte mit der Pille einen Monat aussetzen und die Ärztin hat gesagt, Frau P., Ihnen kann nichts passieren, Ihre Eileiter liegen zu hoch, Sie brauchen sich keine Gedanken zu machen." (Kurzbiographie Nr. 16, siehe Anhang)

Fünf Frauen haben die Pille genommen, davon drei, die berichteten, daß sie häufiger die Pille vergessen haben oder

überhaupt unregelmäßig einnahmen, ohne daß etwas passiert sei. Zwei vermuteten, infolge von Erbrechen bzw. Durchfall nicht geschützt gewesen zu sein, eine Frau nahm an:

> "Die Schlaftabletten, die ich häufig nehme, haben die Pille wohl außer Gefecht gesetzt." (Kurzbiographie Nr. 5, siehe Anhang)

Eine Frau (Arzthelferin) erklärte sich ihre Schwangerschaft trotz Pillen-Einnahme folgendermaßen:

> "Trotz regelmäßiger Einnahme, ich komme ja selber aus der Branche. Da ich einen Superhormonhaushalt habe, der alles durcheinander bringt, der hat alles über den Haufen geworfen, der würfelt sich das praktisch so zusammen, wie er das haben will." (Kurzbiographie Nr. 11, siehe Anhang)

Vier Frauen benutzten sog. "unsichere" Verhütungsmittel wie Schaumzäpfchen, Kondome, Knaus-Ogino-Methode und Basal-Temperatur-Messung.

4.1.2. Gespräch über Verhütungsfragen

Von den befragten Frauen gaben 15 an, daß das Verhütungsproblem in der Partnerschaft nie zur Sprache gekommen ist. Der Partner habe sich nie dafür interessiert, Verhütung sei eben Sache der Frau, das Thema sei tabu. Die meisten nahmen das Desinteresse des Partners als selbstverständlich hin:

> "Darüber haben wir nie gesprochen, da habe ich sowieso nie mit einem Mann darüber geredet, das war immer meine Sache." (Kurzbiographie Nr. 19, siehe Anhang)

In sechs Fällen war zumindest der Versuch unternommen worden, das Thema anzusprechen, jedoch war keine der Frauen mit dem Verlauf des Gesprächs zufrieden gewesen. Entweder blieb es bei der Information, daß die Frau ein Kontrazeptivum benutzt und damit war das Interesse des Partners erschöpft, oder es kam zu massiven Auseinandersetzungen, weil die Frau nicht

vorgesorgt hatte und ihr nun die Schuld für eine etwaige Schwangerschaft zugewiesen wurde.

Nur drei Frauen berichteten, daß sich ihre Partner mitverantwortlich fühlten und sie sich gemeinsam für eine Verhütungsmethode entschieden hatten.

> "Wir haben öfter gesprochen über das Thema, wir hatten uns dann überlegt, daß ich mich sterilisieren lassen sollte, wir wollten das auch im Sommer in Angriff nehmen, so lange wollten wir das noch rauszögern, aber dann kam es anders." (Kurzbiographie Nr. 23, siehe Anhang)

4.1.3. Subjektive Schwangerschaftszeichen

Ebenso haben alle Frauen die subjektiven Anzeichen für eine Schwangerschaft, wie Übelkeit, Brechreiz, Brustspannen etc. wenig beachtet.

Nur vier Frauen gaben an, daß sie von der Schwangerschaft überhaupt nichts bemerkt haben, bzw. daß sie an sich selbst keinerlei Veränderungen festgestellt haben. Sie erfuhren von ihrer Schwangerschaft im Rahmen einer Routine-Untersuchung beim Gynaekologen.

Alle übrigen 20 Frauen berichteten von subjektiven Schwangerschaftszeichen. Bei sechs Frauen war die Menstruation direkt ausgeblieben. Zehn hatten weiterhin ihre Blutung gehabt, jedoch, wie sich auf Nachfragen herausstellte, deutlich kürzer und schwächer als sonst, dem war aber keine Bedeutung zugemessen worden.

Darüber hinaus klagten zwei Frauen über Schwindel, Übelkeit und Erbrechen, drei über Ziehen in der Brust, zwei hatten an Gewicht zugenommen und eine Frau bemerkte beim Blick in den

Spiegel:

"Heute siehst du ja ein bißchen besser aus, da habe ich gleich an Schwangerschaft gedacht. Ich habe schon drei Kinder, da habe ich auch immer hübscher ausgesehen." (Kurzbiographie Nr. 2, siehe Anhang)

4.1.4. Einstellung zur Adoption

Alle in der Nachuntersuchung befragten Frauen lehnten übereinstimmend die Möglichkeit der Freigabe des Kindes zur Adoption als Alternative zum Schwangerschaftsabbruch ab. Keine Frau konnte sich vorstellen, das Kind zur Welt zu bringen und dann wegzugeben:

"Man hatte mir auch vorgeschlagen, daß ich es austrage und dann in eine Familie gebe, aber das hätte ich überhaupt nicht durchgestanden. Das wäre, glaube ich, noch schlimmer, als ein Kind selber umzubringen." (Kurzbiographie Nr. 15, siehe Anhang)

Drei Frauen empfanden allein den Vorschlag im Verlauf der Beratung als Zumutung, vier begründeten ihre ablehnende Haltung mit der Befürchtung, daß sie sich von dem Kind doch nicht trennen würden, wenn es erst einmal auf der Welt ist:

"Dann möchte man es doch behalten, dieses Risiko wollte ich nicht eingehen." (Kurzbiographie Nr. 22, siehe Anhang)

Von den letztgenannten Frauen hatten zwei bereits zu einem früheren Zeitpunkt ein Kind zur Adoption freigegeben.

4.1.5. Erfahrungen im Krankenhaus

Die Erfahrungen im Krankenhaus, vor allem in bezug auf das Verhalten von Ärzten und Schwestern, wurden überwiegend po-

sitiv beurteilt. Zwei Frauen beklagten, daß sie Vorurteile zu spüren bekommen hätten:

> "Man hat es mir auch gezeigt, so herabwürdigend, wenig Freundlichkeit. Zwei Schwestern haben auch Sprüche gemacht, man bräuchte es nicht so weit kommen lassen, jetzt muß man die Schmerzen durchhalten." (Kurzbiographie Nr. 24, siehe Anhang)

Massivste Kritik am Krankenhauspersonal äußerte nur eine Frau, die weder an den Ärzten noch an den Schwestern ein gutes Haar ließ:

> "Man kommt im Krankenhaus um, das Menschliche fehlt meines Erachtens total." (Kurzbiographie Nr. 4, siehe Anhang)

Die übrigen 21 Frauen waren mit der Behandlung in der Klinik sehr zufrieden, teilweise hatten sie es sich schlimmer vorgestellt.

> "Ich fand, daß alle unheimlich nett zu mir waren. Ich fand es schön im Krankenhaus, so schön es überhaupt in einem Krankenhaus sein kann. Ich habe mir auch vorgenommen, sollte ich mal ein Kind kriegen, es da zur Welt zu bringen. Von Vorurteilen, wie ich sie vielleicht erwartet habe, habe ich nichts gespürt." (Kurzbiographie Nr. 9, siehe Anhang)

Einige Frauen berichteten, daß es eine erhebliche Belastung für sie gewesen sei, das Zimmer mit anderen Frauen zu teilen, die gerade einen Abort durchgemacht hatten, oder befürchteten, ihr Kind zu verlieren. Diese Frauen fragten sich, ob es organisatorisch nicht möglich gewesen wäre, sie mit anderen Patientinnen zusammenzulegen.

> "Sie haben mich in ein Zimmer gelegt mit einer Frau, die ein Kind kriegte, die lag da auf 'Messer's Schneide' und ich hatte echt das Gefühl, daß sie mich absichtlich da reingelegt haben." (Kurzbiographie Nr. 17, siehe Anhang)

4.1.6. Einstellung zum § 218 StGB

Auf die Frage, ob sie sich, schon bevor die ungewollte Schwangerschaft eintrat, mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch und dessen gesetzlicher Regelung befaßt hatten, antworteten 7 Frauen, daß sie sich keinerlei Gedanken darüber gemacht hatten. Von den übrigen Frauen, die sich bereits mit diesem Thema beschäftigt hatten, waren drei grundsätzlich negativ zum Schwangerschaftsabbruch eingestellt.

> "Ich war an sich im Grunde genommen immer dagegen, daß die Frauen sowas machen. Ich habe von mir gedacht, mir würde das nie passieren, ich werde es nicht so weit kommen lassen und wenn ich ein Kind bekomme, dann bringe ich es auch zur Welt. Daß ich es wirklich gemacht habe, man muß eben wirklich erst selbst in die Situation kommen." (Kurzbiographie Nr. 24, siehe Anhang)

14 Frauen haben den § 218 StGB generell befürwortet, wobei einige die Regelung als zu bürokratisch empfanden, andere jedoch forderten, "man dürfe es den Frauen nicht zu leicht machen". Keine der befragten Frauen hatte sich jemals vorstellen können, selbst einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen.

> "Früher habe ich immer gedacht, wenn du mal schwanger wirst, dann trägst du die Kinder alle aus. Abtreibung kommt für dich überhaupt nicht in Frage. Ich wußte, ich würde das nie tun. Und dann steht man selbst vor diesem Problem und dann denkt man völlig anders darüber." (Kurzbiographie Nr. 8, siehe Anhang)

4.2. Unterschiedliche Aspekte in den Aussagen der Frauen

Wie bereits erwähnt, ließen sich 2 unterschiedliche Gruppierungen innerhalb des Kollektivs identifizieren.

4.2.1. Gruppe 1

Die Frauen in der ersten Gruppe (12 Fälle) sind im Durchschnitt älter, bis auf zwei sind alle verheiratet und haben bereits Kinder, davon haben acht Frauen mehr als zwei Kinder. Die meisten sind Hausfrauen, drei sind berufstätig.

4.2.1.1. Kinderwunsch und Schwangerschaftsverdacht

Keine der Frauen in dieser Gruppe hatte den Wunsch gehabt, ein Kind zu bekommen, die verheirateten Frauen berichteten, daß sie ihre Familienplanung an sich abgeschlossen hatten. Alle gaben übereinstimmend an, daß sie keinerlei Verdacht hatten, schwanger zu sein. Die Frauen, die bereits Kinder geboren hatten, konnten häufig keine der ihnen von vorherigen Schwangerschaften bekannten Anzeichen an sich feststellen:

> "Ich fühlte mich überhaupt nicht irgendwie schlecht, oder daß ich erbrechen mußte. Ich habe nicht zugenommen, kein Ziehen in der Brust, nichts." (Kurzbiographie Nr. 3, siehe Anhang)

Fünf Frauen hatten zwar Blutungsveränderungen und Übelkeit bemerkt, waren jedoch nicht dadurch beunruhigt worden. Das erste Ausbleiben der Menstruation veranlaßte alle Frauen zum sofortigen Arztbesuch.

4.2.1.2. Lebenssituation zum Zeitpunkt der Empfängnis Beziehung zum Vater des Kindes

Vier Frauen wünschten mit dem Hinweis auf ihre schlechten Eheverhältnisse die Unterbrechung ihrer Schwangerschaft. Der

Ehemann wurde als verständnislos und egoistisch beschrieben, die Frauen fühlten sich überlastet mit der Sorge um die Kinder, für die der Ehemann keinerlei Interesse zeige.

Frau M., die durch zwei in der Entwicklung zurückgebliebene Kinder stark in Anspruch genommen ist, berichtete:

> "Mein Mann hat furchtbar Theater gemacht, daß ich schon wieder schwanger bin. Manchmal sage ich mir, ich möchte nicht verheiratet sein, am liebsten könnte ich die Kinder nehmen und abhauen. Mein Mann macht, was er will und kümmert sich nicht um die Kinder. Er sagt, ich bin schuld, daß die Kinder da sind, weil ich nicht aufgepaßt habe. Bloß, dazu gehören eigentlich zwei." (Kurzbiographie Nr. 14, siehe Anhang)

Eine Frau war erst vor kurzem aus der DDR geflüchtet und hatte noch nicht wieder Fuß gefaßt, sie litt an einer massiven Entwurzelungsdepression. Ihre Situation wurde noch dadurch verschlimmert, daß sie von dem Mann, der ihr zur Flucht verholfen hatte, und mit dem sie ein neues Leben beginnen wollte, völlig enttäuscht worden war.

Fünf Frauen bezeichneten ihre Ehe als glücklich und zufriedenstellend, in diesen Fällen waren andere problematische Begleitumstände auslösend für den Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch: Eine Frau litt an einer ausgeprägten Angstneurose, die es ihr damals nicht einmal mehr erlaubte, das Haus zu verlassen; eine andere Frau berichtete, daß zu dieser Zeit ihr Ehemann nach Jugoslawien zurück mußte, um dort seinen Militärdienst abzuleisten, was die Familie aufgrund des Verdienstausfalles vor unüberwindbare finanzielle Probleme gestellt habe (diese Frau hatte bereits drei Kinder); eine dritte Frau war derart enttäuscht von ihrer mittlerweile erwachsenen Tochter, die sie unehelich großgezogen hatte, daß diese Verbitterung ihr gesamtes Denken und Handeln beeinflußte und sie während des Interviews, gleichgültig, um welche Frage es sich gerade drehte, immer wieder darauf zu sprechen kam. Hier, wie auch in anderen Fällen, wurde das Alter und die Berufstätigkeit als Beweggrund für den Abbruchswunsch

angeführt.

> "Ich kann nicht noch mal von vorn anfangen, noch mal ein Kind aufziehen, meine sind schon praktisch alle aus dem Haus, ich bin berufstätig, was soll ich da noch mit einem Baby anfangen." (Kurzbiographie Nr. 22, siehe Anhang)

Die Schwangerschaft der zuletzt zitierten Frau stammte von einer Urlaubsbekanntschaft, zu der sie keinen Kontakt mehr hatte.

Die Verbitterung über den sozialen Abstieg und die Unzufriedenheit in der Ehe, kompliziert durch eine außerordentlich starke Bindung an den verstorbenen Vater, stand in einem anderen Gespräch ganz im Vordergrund:

> "Ich bin kein Vaterkind, wie man so sagt, aber ich habe ihn geachtet, wenn ich doch so einen Mann hätte wie meinen Papa!" (Kurzbiographie Nr. 20, siehe Anhang)

Hier bestand darüber hinaus eine Alkoholabhängigkeit, was sie selbst jedoch nicht wahr haben wollte:

> "Ich trinke hin und wieder mal einen Schnaps, aber ich bin, ja, nun gut, er sagt, ich bin Alkoholikerin. Wissen Sie, manchmal hilft es über manchen Kummer hinweg, aber ich bin darin ganz ehrlich. Aber ansonsten, gucken Sie, meine Eltern hatten ein Lokal, da haben sie dann mal mit einem Gast mitgetrunken, aber sonst brauche ich das gar nicht." (Kurzbiographie Nr. 20, siehe Anhang)

Während des Gesprächs, in dem der Schwangerschaftsabbruch nur eine untergeordnete Rolle spielte, weinte diese Frau sehr viel, sie schilderte sich selbst als völlig vereinsamt.

Eine Frau äußerte die Befürchtung, ihr Ehemann, der früher stark getrunken habe, könne angesichts der Belastung durch ein weiteres Kind wieder mit dem Alkoholkonsum beginnen.

Die Frage, ob finanzielle Gründe (mit-)ausschlaggebend für die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch waren, wurde vor allem von einer Frau sehr widersprüchlich beantwortet:

Interv.: "Wie haben Sie auf die Schwangerschaft reagiert?"

Fr. K.: "Da war's natürlich aus, das hat ja noch gefehlt, das ging nicht, finanziell schon nicht. Wir haben ein großes Haus gerade fertig gebaut, 200 qm Grundfläche, 2 Wohnungen."

Interv.: "Das Finanzielle war der ausschlaggebende Grund?"

Fr. K.: "Das Finanzielle eigentlich nicht. Wir hatten zwei Bausparverträge, dafür haben wir das Grundstück gekauft und alles."

Interv.: "Ich meine, war Ihre finanzielle Situation der Hauptgrund, weshalb Sie das Kind nicht haben wollten?"

Fr. K.: "Das außerdem und zweitens fand ich das auch zuviel, wenn die drei groß sind, die wollen ja alle studieren später. Vier schafft man nicht, das ist zuviel Belastung, drei kann man verantworten." (Kurzbiographie Nr. 11, siehe Anhang)

Die obengenannte Frau beschrieb sich selbst als "in besseren Verhältnissen" lebend, ihre Ehe sei zufriedenstellend, aber um ihre Probleme müsse sie sich selber kümmern, damit könne sie ihren Mann nicht belasten ("Mein Mann ist Kfz-Studienrat, da muß man ein gewisses Niveau halten.").

4.2.1.3. Entscheidungsprozeß

In den Interviews, die *nach* dem Schwangerschaftsabbruch stattgefunden haben, gaben diese Frauen an, daß sie sich sofort zum Abbruch entschlossen haben, als sie durch einen Arzt von ihrer Schwangerschaft erfuhren.

Sie beschrieben ihre Reaktion auf diese Nachricht als Schock, Schlag, Entsetzen, Schrecken; für keine von ihnen stand das Austragen des Kindes auch nur einen Moment lang zur Debatte.

Fünf Frauen besprachen sich mit ihrem Ehemann, der sie in ihrer Entscheidung zum Abbruch unterstützte; sechs haben die Entscheidung allein gefällt, ein Mädchen mit Unterstützung der Familienhelferin.

Die Geschichte dieses Mädchens unterscheidet sich erheblich von der der übrigen Frauen, die an der Nachuntersuchung teilgenommen haben. (Kurzbiographie Nr. 12, siehe Anhang)

Nur in drei Fällen wurde mit anderen Personen über die Frage der Unterbrechung der Schwangerschaft gesprochen. Die verheirateten Frauen betonten fast ausnahmslos, dies sei Sache der Eheleute und ginge niemanden etwas an.

4.2.1.4. Motivation zum Schwangerschaftsabbruch

Die Gründe, die in der Nachuntersuchung als ausschlaggebend für die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch genannt wurden, umfassen im wesentlichen:
Ehekonflikte, Belastung durch bereits vorhandene Kinder, finanzielle Schwierigkeiten, Alter, Berufstätigkeit.

Tabelle 3: Besondere Belastungsgründe der Frauen

Ehekonflikte	4 Frauen
verbunden mit Belastung durch Kinder	
davon 1 Frau - Sorge um zwei in der Entwicklung zurückgebliebene Kinder	
1 Frau - Alkoholabusus	
Finanzielle Probleme	3 Frauen
davon 1 Frau - Angst vor erneutem Alkoholkonsum des Ehemannes	
1 Frau - Angst vor geschädigtem Kind	
1 Frau - Rückkehr des Ehemannes ins Heimatland	
Alter und Berufstätigkeit	2 Frauen
davon 1 Frau - Enttäuschung über die Tochter	
Ungünstige Lebenssituation	3 Frauen
davon 1 Frau - Angstneurose	
1 Frau - Flucht, Neuanfang, Partnerkonflikt	
1 Frau - Schülerin, sexuelle Nötigung	

4.2.1.5. Beratungssituation

In dieser Gruppe wurde die gesamte Beratungssituation, sowohl im Rahmen des Gesprächs beim Sozialmedizinischen Dienst, als auch die folgende psychiatrische Begutachtung ganz überwiegend als äußerst unangenehm und belastend empfunden.

Nur drei von zwölf Frauen hatten einen positiven Eindruck von der Beratung behalten.

Alle Frauen hatten bereits verschiedene Gespräche mit Ärzten

geführt, die ihren Wunsch nach Unterbrechung abgelehnt hatten, mit dem Hinweis, die Schwangerschaft sei schon zu weit fortgeschritten. Die Angst, auch diesmal wieder nach Hause geschickt zu werden, die Unsicherheit, ob der Schwangerschaftsabbruch überhaupt noch gemacht wird, stand für sie ganz im Vordergrund.

Als große Belastung wurde die viele Lauferei bezeichnet, zwei Frauen waren der Meinung, daß das älteren Frauen nicht zuzumuten sei:

> "Es war eben alles ein bißchen viel, die vielen Wege, ich meine, daß man das einer älteren Frau leichter machen müßte, bei einer jüngeren ist das noch was anderes." (Kurzbiographie Nr. 10, siehe Anhang)

Andere Frauen wiesen darauf hin, daß sie schließlich bereits Kinder haben:

> "Es war fürchterlich. Ich mußte noch mal alles erzählen, wie und warum. Man wird da irgendwie behandelt wie eine Aussätzige, obwohl ich mir keiner Schuld bewußt bin, denn ich habe ja drei Kinder, anders wäre es vielleicht, wenn jemand käme, der überhaupt noch keine Kinder hat." (Kurzbiographie Nr. 22, siehe Anhang)

Unmut erregten teilweise auch die Fragen, die während des Beratungsgesprächs gestellt wurden:

> "Man wurde sehr viel ausgehorcht, über Intimleben und Familienverhältnisse, wie ich mich mit meinen Eltern und Brüdern verstehe. Das war doch ein bißchen komisch, ich wußte nicht, ob das nun da mit zugehört." (Kurzbiographie Nr. 14, siehe Anhang)

Auf die Frage, ob das Beratungsgespräch auch hilfreich gewesen sei:

> "Geholfen kann ich nicht gerade sagen, denn mehr oder weniger war es eine Ausfragerei. Da wurden Fragen gestellt, die praktisch damit gar nichts zu tun hatten." (Kurzbiographie Nr. 22, siehe Anhang)

Zwei Frauen begrüßten, daß in dem Beratungsgespräch nicht versucht wurde, sie zum Austragen des Kindes zu überreden. Insgesamt wurde in den Aussagen deutlich, daß die Mehrzahl

der Frauen mit der Erwartung einer möglichst raschen Zusage zum Schwangerschaftsabbruch in die Beratung gekommen waren und kein Interesse an einem ausführlichen Gespräch über ihre persönliche Problematik hatten.

Diejenigen Frauen, die die Beratung als angenehm empfunden hatten, führten an, daß sie dort zum ersten Mal das Gefühl hatten, daß ihnen jemand zuhört und sie versteht, und daß ihnen endlich geholfen wird:

> "Ich habe mich richtig wohlgefühlt, weil ich mit der Frau reden konnte, weil die lieb zu mir war. Ich habe gefühlt, daß sie mich versteht, daß sie mir in jeder Beziehung helfen kann." (Kurzbiographie Nr. 19, siehe Anhang)

In der Überweisung zur psychiatrischen Begutachtung sahen die meisten Frauen eine neuerliche Belastung und Verzögerung, da sie weiterhin im Unklaren waren darüber, ob der Abbruch genehmigt wird oder nicht, zumal sie noch einmal gezwungen waren, ihre ganze Geschichte zu erzählen:

> "Wieder die ganze Fragerei, aber in der Situation war mir alles egal, ich wäre von Pontius zu Pilatus gelaufen." (Kurzbiographie Nr. 22, siehe Anhang)

Der Besuch beim Psychiater war für zwei Frauen mit konkreten Erwartungen verbunden:

> "Ich dachte, das ist jemand, der deine Situation vielleicht besser versteht als irgendein anderer Arzt. Gerade im Hinblick darauf, daß er mir vielleicht sagen kann, was ich machen soll, wie ich weiterleben soll." (Kurzbiographie Nr. 23, siehe Anhang)

Für Frau B. war das Verständnis des Psychiaters für ihre Entscheidung besonders wichtig:

> "Ich habe ihm von meinem Mann erzählt und er konnte mich voll und ganz verstehen und ging darauf ein, das hat mich sehr beruhigt, denn irgendwie hat man ein Schuldgefühl und das wurde mir doch genommen. Daß ich nicht allein entscheide, sondern, daß er es auch verstehen kann." (Kurzbiographie Nr. 3, siehe Anhang)

Für keine der Frauen war es von Bedeutung, daß der Schwanger-

schaftsabbruch aufgrund einer psychiatrischen Indikation vorgenommen wurde:

> "Mir war egal, woraufhin die das gemacht haben. Hauptsache, ich mußte das Kind nicht austragen." (Kurzbiographie Nr. 19, siehe Anhang)

4.2.1.6. Beurteilung der Suicidalität

Acht von den zwölf Frauen in dieser Gruppe hatten während des Gesprächs mit dem psychiatrischen Gutachter ernstzunehmende Suicidgedanken geäußert. Davon hatten 2 Frauen bereits zu einem früheren Zeitpunkt einmal einen Suicidversuch unternommen.

Im nachhinein waren 3 Frauen der Meinung, daß sie wohl doch nicht konkret daran gedacht hätten, sich das Leben zu nehmen, eine davon bezeichnete sich als "Kämpfernatur", die nicht so schnell aufgibt, zwei erzählten, daß sie zwar nervlich und seelisch völlig am Ende waren, aber:

> "Soweit konnte ich gar nicht denken. Irgendwie war ich überzeugt davon, daß es noch eine Möglichkeit gibt." (Kurzbiographie Nr. 22, siehe Anhang)

Die übrigen fünf Frauen, die alle bereits Kinder hatten, haben in ihrer Verzweiflung wohl auch an Selbstmord gedacht, konnten sich aber um der Kinder Willen jetzt nicht vorstellen, daß sie sich wirklich etwas angetan hätten:

> "Manchmal hatte ich schon den Gedanken, dann habe ich wieder gedacht, was wird dann mit den Kindern, wären die Kinder nicht, hätte ich es bestimmt gemacht." (Kurzbiographie Nr. 14, siehe Anhang)

Alle Frauen verneinten in der Nachuntersuchung, damals konkrete Überlegungen angestellt zu haben, auf welche Weise sie sich das Leben nehmen wollten.

4.2.1.7. Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs

Alle Frauen in dieser Gruppe haben nach eigenen Angaben den Schwangerschaftsabbruch gut verkraftet.

Drei Frauen berichteten, daß ihnen der Abbruch selbst schwergefallen sei, sie führten dies auf die Dauer ihrer Schwangerschaft zurück:

> "In dem Moment war es doch sehr schwer. Ich war ja nun im 5. Monat, das ist ja schon ziemlich weit fortgeschritten, ich weiß nicht, bei einem 3. Monatabbruch, ob das da vielleicht anders ist." (Kurzbiographie Nr. 22, siehe Anhang)

Die übrigen Frauen sprachen im Zusammenhang mit der Durchführung des Abbruchs in erster Linie von den körperlichen Belastungen, starken Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen. Einige hatten auch Angst, daß ihnen etwas passiert:

> "Man hatte mir gesagt, daß ich verbluten könnte, weil das Baby schon so groß war. Ich hatte schreckliche Angst." (Kurzbiographie Nr. 13, siehe Anhang)

Vier Frauen fühlten sich vor allem dadurch belastet, daß der Schwangerschaftsabbruch im Ablauf einer Entbindung glich. Die Äußerungen, mit denen die Gefühle unmittelbar nach dem Eingriff beschrieben wurden, reichten von Erleichterung, Entlastung bis hin zu Glück, Erlösung und Befreiung:

> "Da fühlte ich mich unsagbar glücklich, so befreit, als wenn man mir eine Zentnerlast abgenommen hätte. (Kurzbiographie Nr. 19, siehe Anhang)

Drei Frauen sprachen von einer gewissen seelischen Belastung, unter der sie in den ersten Tagen nach dem Abbruch gelitten hatten, die aber bald nach Verlassen des Krankenhauses nachgelassen habe. Eine dieser Frauen hatte zunächst an der Notwendigkeit des Abbruchs gezweifelt, während sie noch in der Klinik lag, aber sobald sie wieder mit ihrer häuslichen Realität konfrontiert worden war, "überwogen die rationalen Gründe". Eine andere äußerte, daß man einen Abbruch nicht

einfach abschütteln kann, was das konkret für sie bedeutet, konnte oder wollte sie nicht sagen. Die dritte Frau berichtete, daß sie in eine kurzdauernde Phase der Verzweiflung hineingeraten sei, die jedoch weniger durch das Abbruchserlebnis als durch die schweren Konflikte mit ihrem Partner hervorgerufen worden sei, von dem sie sich dann getrennt habe.

Keine der Frauen hat Reue oder Schuldgefühle in Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch empfunden.

Nur vier Frauen äußerten, daß sie überhaupt noch ab und zu an den Abbruch denken, aber keine fühlte sich durch derlei Gedanken beeinträchtigt:

> "Ich habe schon mal dran gedacht, aber das hat mich nicht belastet, weil ich die Gründe wußte, weshalb ich das gemacht habe, das beruhigt mich doch." (Kurzbiographie Nr. 3, siehe Anhang)

Mit dem Hinweis, sie seien wirklich genug durch die Sorge um die eigenen Kinder in Anspruch genommen, reagierten einige Frauen auf die Frage nach wiederkehrenden Gedanken an den Abbruch.

> "Ich kann da kaum dran denken, höchstens mal eine Minute, dann ist es gleich wieder weg, denn ich bin ja viel zu beschäftigt, weil ich mich ja um meine Kinder kümmern muß." (Kurzbiographie Nr. 11, siehe Anhang)

Für die meisten Frauen war das Erlebnis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung gar kein Thema mehr:

> "Das ist für mich völlig aus der Welt; bei mir stand ja von vornherein fest, daß es weg muß." (Kurzbiographie Nr. 22, siehe Anhang)

Ein Gespräch mit dem Ehemann über den Schwangerschaftsabbruch hat nur in zwei Fällen stattgefunden, die übrigen Frauen berichteten entweder, ihre Partner hätten sich nicht dafür interessiert, oder aber sie selbst hätten keine Neigung verspürt, noch einmal über den Abbruch zu sprechen, bzw. über-

haupt daran erinnert zu werden:

> "Ich will überhaupt nichts mehr wissen davon, weil es mir dann vielleicht doch wieder in den Kopf geht, das Kind hat gelebt, im 5. Monat. Jetzt ist es weg, deswegen will ich mich nicht mehr gerne darüber unterhalten." (Kurzbiographie Nr. 14, siehe Anhang)

Eine Frau hatte starke körperliche Beschwerden nach dem Abbruch, bei ihr wurde ein Descensus uteri festgestellt.

4.2.1.8. Veränderungen durch den Schwangerschaftsabbruch

Für den Großteil der Frauen in dieser Gruppe war der Schwangerschaftsabbruch subjektiv mit keinerlei Veränderungen hinsichtlich der Lebenssituation verbunden, alles sei ganz normal weitergelaufen wie bisher, berichteten die meisten, es sei halt nicht noch mehr Belastung hinzugekommen. Nur zwei Frauen wiesen darauf hin, daß sich der Abbruch positiv auf ihr Leben ausgewirkt hat. Fr. S. erzählte, daß sie danach endlich begonnen hat, ihre eigenen Interessen durchzusetzen und sich einen langgehegten Wunsch erfüllt hat, nämlich den Besuch von Sprachkursen an der Abendschule. Fr. W., die zum Zeitpunkt des Abbruchs unter starken Angstzuständen gelitten hatte, berichtete in der Nachuntersuchung, daß es ihr mittlerweile sehr viel besser geht:

> "Ich glaube, das hängt sehr stark damit zusammen, daß ich mich zum ersten Mal positiv zu etwas entschlossen habe, was man nicht mehr rückgängig machen kann. Ich war immer so ein Mensch, der sich immer noch das Hintertürchen offengehalten hat, und dann kam diese Entscheidung eben, und dieser feste Entschluß, einmal sowas durchgesetzt zu haben, das hat mich irgendwie frei gemacht. Ich kann aber auch nicht sagen, wovon es mich befreit hat; es mußte wohl einfach eine Situation geben, die mich zwingt, einen solchen Schritt zu tun." (Kurzbiographie Nr. 23, siehe Anhang)

Keine der Frauen äußerte sich dahingehend, daß das Erlebnis

des Schwangerschaftsabbruchs ihre Sexualität beeinflußt hat. Eine Frau fühlte sich allerdings beeinträchtigt durch Zweifel, ob die von ihr gewählte Verhütungsmethode (Spirale) auch wirklich sicher ist.

4.2.1.8.1. Trennung, neue Partnerschaft

In dieser Gruppe hat sich nur die eine unverheiratete Frau nach dem Abbruch von ihrem Partner getrennt.

Die übrigen Frauen, die alle verheiratet waren (bis auf die Schülerin), sind weiterhin bei ihren Männern geblieben. Obwohl sich in den Fällen, wo Ehekonflikte als Beweggrund für die Entscheidung zum Abbruch angegeben worden waren, an den schlechten Eheverhältnissen nichts geändert hat, konnte keine Frau sich bisher dazu entschließen, ihren Mann zu verlassen. Als Grund für die Entschlußunfähigkeit wurde immer die Verantwortung für die Kinder angeführt:

> "Wenn ich die Kinder nicht hätte, wäre ich bestimmt nicht mehr bei ihm. So habe ich mich damit abgefunden, ich erwarte mir nichts von meinem Mann, ich mache meine eigenen Sachen, so gut es geht." (Kurzbiographie Nr. 19, siehe Anhang)

4.2.1.8.2. Verhütung nach dem Schwangerschaftsabbruch

Von den befragten Frauen nehmen drei seit dem Abbruch die Pille, zwei haben sich ein IUP einlegen lassen und 5 Frauen haben sich gleichzeitig mit dem Abbruch sterilisieren lassen.

Die letztgenannten Frauen waren mit ihrer Entscheidung zur

Sterilisation sehr zufrieden, bis auf eine, die in der Nachuntersuchung äußerte, daß sie doch noch unter der Vorstellung leidet, nie wieder schwanger werden zu können:

> "Aber trotzdem ich mir immer wieder sage, ich möchte keine Kinder mehr, meine sind jetzt so groß, ich kann mit ihnen was anfangen, ein bißchen Wehmut, wenn ich kleine Kinder sehe, steckt da doch so ein bißchen drin." (Kurzbiographie Nr. 23, siehe Anhang)

Die restlichen beiden Frauen nahmen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung kein Verhütungsmittel. Bei der einen handelte es sich um die Schülerin, die andere gab an, daß sie jetzt unbedingt zum Arzt gehen wollte, um etwas zu unternehmen, bisher sei sie nicht dazu gekommen.

4.2.1.9. Therapeutische Hilfe

Im Verlaufe des psychiatrischen Begutachtungsgesprächs wurde sieben Frauen angeraten und teilweise auch dringend empfohlen, sich in psychotherapeutische Betreuung zu begeben.

Nur eine Frau, nämlich die, die unter schweren Angstzuständen litt, ist aufgrund dieses Gesprächs zu einer Therapeutin gegangen und besucht seither eine Gesprächstherapie-Gruppe:

> "Er hat mir dann geraten, das noch mal in Angriff zu nehmen und daraufhin habe ich das ja auch gemacht." (Kurzbiographie Nr. 23, siehe Anhang)

Eine Frau äußerte, daß die Angst, sie könne ebenso wie ihre Großmutter in der psychiatrischen Anstalt landen, sie davon abhielte, einen Psychiater aufzusuchen. Eine andere vertrat die Ansicht, der Abbruch sei ihre persönliche Angelegenheit und ginge niemanden etwas an. Vier Frauen hielten es in ihrem Falle nicht für nötig, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, da sie sehr gut alleine mit ihren Problemen klar kommen könnten.

4.2.1.10. Beurteilung der Entscheidung aus heutiger Sicht

In der Nachuntersuchung gaben alle Frauen übereinstimmend ein positives Urteil über ihre damalige Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch ab.

Meistenteils wurde bekräftigt, daß diese Entscheidung in der damaligen Situation die einzig mögliche war und daß sie unter denselben Umständen wieder so handeln würden. 2 Frauen äußerten sich jedoch sehr zögernd auf die Frage, ob sie diesen Entschluß je bereut haben; beide betonten, daß sie, obwohl sie ihre Entscheidung richtig fanden, hofften, nie wieder in eine solche Lage zu kommen.

Mehrere Frauen wiesen in diesem Zusammenhang erneut darauf hin, daß sie schließlich bereits Kinder haben und die Entscheidung zum Abbruch in ihrem Fall ohnehin anders zu bewerten sei als bei jungen Frauen, die noch keine Kinder haben:

> "Ich mußte das einfach machen, ich konnte das nicht verantworten, ich hatte 3 Kinder, wenn ich 2 gehabt hätte, oder eins, hätte ich gesagt, ohne weiteres, aber ich hab ja die Kinder. Bei der 19jährigen, die in der Klinik neben mir lag, da war das was anderes." (Kurzbiographie Nr. 11, siehe Anhang)

4.2.1.11. Belastung durch das Interview

Befragt, ob das Interview belastend gewesen sei, äußerten zehn von zwölf Frauen, daß es ihnen überhaupt nichts ausgemacht habe, noch einmal darüber zu sprechen.

Zwei fanden das Gespräch ein bißchen unangenehm, ohne jedoch genauer benennen zu wollen, weshalb.

Nur eine Frau äußerte spontan ihre Zufriedenheit mit dem Ge-

spräch, es habe sich wieder gezeigt, seit sie die Therapie mache, könne sie viel besser von sich erzählen.

4.2.2. Gruppe 2

Die Frauen in der zweiten Gruppe sind überwiegend jünger, zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs war keine von ihnen verheiratet, zwei waren verwitwet. Vier Frauen hatten bereits ein Kind. Vier waren berufstätig, fünf arbeitslos, drei waren noch in der Ausbildung bzw. hatten gerade die Schule abgeschlossen.

Entscheidendes Merkmal dieser zweiten Gruppe war, daß diese Frauen wesentlich mehr Zeit benötigten, um ihre Entscheidung zum Abbruch der Schwangerschaft zu fällen.

4.2.2.1. Kinderwunsch und Schwangerschaftsverdacht

In der Nachuntersuchung zeigte sich, daß zehn von den zwölf Frauen zum Zeitpunkt der Empfängnis den Wunsch gehabt hatten, ein Kind zu bekommen, wobei drei Frauen zwar die direkte Frage nach einem Kinderwunsch verneinten, jedoch in Nebensätzen zum Ausdruck brachten, daß sie eigentlich gerne ein Kind gehabt hätten.

Nur eine dieser Frauen berichtete, daß sie sich einmal mit ihrem Freund über Kinder unterhalten habe, in allen anderen Fällen war mit dem Partner nie über Kinder gesprochen worden. Die anderen beiden Frauen äußerten, daß sie zwar an sich Kinder haben wollen, aber erst später, zum damaligen Zeitpunkt bestand kein Kinderwunsch, diese Frauen hatten aber

ebenfalls große Schwierigkeiten, sich zum Schwangerschaftsabbruch zu entschließen.

Hinsichtlich des Schwangerschaftsverdachts wurden in dieser Gruppe unterschiedliche Angaben gemacht. Die Aussagen reichten von "nichts bemerkt" über "komisches Gefühl" und Phantasien von einem "Kind im Bauch" bis hin zu dem sicheren Wissen, schwanger zu sein, ohne daß ein Arzt aufgesucht wurde:

> "Ich war mir sicher, schwanger zu sein, aber ich habe mir eingeredet, vielleicht bist du es doch nicht. Ich bin sonst nicht so naiv, aber irgendwie, diese drei Monate waren für mich die schlimmsten. Dieses Hin und Her, dieses Selbsteinbilden, nein, du bist es ja doch nicht, nächsten Monat werden sie kommen und im Grunde genommen wußte ich ganz genau, daß ich schwanger bin. Ich war irgendwie in zwei Personen aufgeteilt, einmal, daß ich schwanger war, und dann habe ich mir immer wieder eingeredet, nein, du bist es nicht." (Kurzbiographie Nr. 16, siehe Anhang)

Sieben Frauen berichteten, daß bei ihnen mehrfach die Regelblutung ausgeblieben sei, bevor sie sich entschlossen haben, einen Arzt aufzusuchen.

In vier Fällen ist die Schwangerschaft bereits im zweiten bzw. dritten Monat von einem Arzt bestätigt worden, den Entschluß zum Abbruch haben die Frauen erst gefaßt, als sie im vierten bzw. fünften Monat waren.

4.2.2.2. Lebenssituation zum Zeitpunkt der Empfängnis Beziehung zum Vater des Kindes

Alle Frauen berichteten übereinstimmend, daß sie sich in erheblichen persönlichen Konflikten befanden, zu dem Zeitpunkt, als sie schwanger wurden. Immer spielten Partnerkonflikte eine Rolle, meistenteils verbunden mit Orientierungslosigkeit und Unsicherheit bezüglich der eigenen Zukunft, verursacht

durch Arbeitslosigkeit oder bevorstehenden Schul- bzw. Studienabschluß.

Eine Frau hatte ihre vor zwei Jahren erfolgte Scheidung nicht verkraften können; eine andere war massiv alkoholkrank; eine dritte Frau wurde in der sozial-psychiatrischen Tagesklinik der FU Berlin stationär behandelt wegen einer seit sechs Jahren bekannten Schizophrenie.

Tabelle 4: Besondere Belastungsgründe der Frauen

Partnerkonflikte	12 Frauen
Arbeitslosigkeit	5 Frauen
Abschluß der Ausbildung	3 Frauen
Scheidung nicht verkraftet	1 Frau
Alkoholismus	1 Frau
Psychose	1 Frau

Zum Zeitpunkt der Empfängnis lebten zehn Frauen in einer festen, bereits länger bestehenden Beziehung, allerdings bezeichnete nur eine ihre Partnerschaft als stabil und tragfähig.

In zwei Fällen war die Trennung vom Partner bereits erfolgt, als die Schwangerschaft festgestellt wurde.

Zwei Frauen berichteten, daß sie keine dauerhafte Beziehung zu dem Vater ihres Kindes unterhalten hatten, es habe sich mehr oder weniger um eine Zufallsbegegnung gehandelt.

4.2.2.3. Entscheidungsprozeß

Im Vergleich zur ersten Gruppe ist diesen Frauen die Entscheidung, ob sie die Schwangerschaft austragen oder abbrechen lassen, wesentlich schwerer gefallen und in allen Fällen lag ein - wenn auch unterschiedlich langer - Zeitraum zwischen der Feststellung der Schwangerschaft und dem Entschluß zum Abbruch.

In der Nachuntersuchung berichteten die Frauen, daß sie in dem Moment, als sie bei der ärztlichen Untersuchung von der Schwangerschaft erfuhren, sowohl entsetzt und schockiert waren, als auch große Freude darüber empfanden, ein Kind zu bekommen:

> "Als ich dann hörte, daß ich tatsächlich schwanger bin, hatte ich einerseits eine Schockreaktion, auf der anderen Seite hätte ich den Arzt küssen können, als er mir das sagte." (Kurzbiographie Nr. 8, siehe Anhang)

Die Frauen sahen sich in massive Zweifel gestürzt, was zu tun sei. Dem spontanen, emotional begründeten Wunsch, die Schwangerschaft auszutragen, stand das rationale Wissen um ihre augenblickliche Lebenssituation gegenüber, die es ihnen kaum erlaubte, ein Kind zu bekommen.

Mehrfach äußerten die Frauen, daß sie die Hoffnung gehabt hatten, daß sich nun durch die Schwangerschaft alles zum Guten wendet:

> "Ich hatte gehofft, daß er sagt, komm, wir behalten das Kind. Irgendwie hat man ja die Hoffnung." (Kurzbiographie Nr. 16, siehe Anhang)

Die folgenden Diskussionen mit dem Partner zeigten allerdings, daß dieser ein Kind vollkommen ablehnte.

Sechs Frauen berichteten, daß ihre Freunde, nachdem sie von der Schwangerschaft erfahren hatten, nicht mehr in der gemeinsamen Wohnung erschienen, oder ständig alkoholisiert wa-

ren, oder aber sich am Telefon verleugnen ließen, überhaupt nicht mehr ansprechbar waren.

In zwei Fällen haben die Partner erst nach dem Abbruch von der Schwangerschaft erfahren, was damit begründet wurde, daß es sich um Zufallsbegegnungen gehandelt hatte und beide Frauen wollten auf keinen Fall, daß der Mann etwas von der Schwangerschaft weiß, weil beide nichts mehr mit ihm zu tun haben wollten.

Meistens haben die Frauen zunächst versucht, einen Ausweg für sich zu finden, sich zu einer Entscheidung durchzuringen, alle haben aber früher oder später, als sie nicht mehr weiter wußten, Hilfe gesucht bei Menschen, die ihnen nahestande. Häufig wurde die Mutter um Rat gefragt, aber auch Freundin, Nichte oder Vater und einmal auch eine Frau von der Telefonberatung waren die Ansprechpartner.

> "Ich habe mich krank gemeldet und habe hier zuhause gesessen und vor mich hingedacht, was mache ich jetzt, aber zu keinem Menschen irgendwie ein Wort verloren und als ich dann nicht mehr konnte, da habe ich mit meiner Mutter darüber gesprochen. Und meine Mutter hat mir das mit der Poliklinik gesagt, aber ich habe gesagt, ich behalte das Kind, nein, sagt sie, das geht nicht. Sie hat mir also auch noch zugeredet, daß es nicht geht." (Kurzbiographie Nr. 24, siehe Anhang)

Einige Frauen konnten den Moment, wo für sie die Entscheidung für den Abbruch gefallen ist, ganz genau benennen:

> "Wie ich gesehen habe, daß es meinem Kleinen so dreckig ging, mir hat das wehgetan, daß ich ihm wieder nur eine Stulle geben konnte, kein warmes Essen. Und da wußte ich, wenn ich jetzt noch ein Kind kriege, wie soll ich das durchhalten, in einer Wohnung, die so dreckig ist, wo noch drei, vier andere Leute wohnen, jeder trampelt auf dem anderen rum, und dann noch ein Säugling dazwischen, und wie willst du den auch noch ernähren. Da ist für mich die Entscheidung gefallen, das hat mich zur Vernunft gebracht." (Kurzbiographie Nr. 15, siehe Anhang)

Andere berichteten, daß sie nur aufgrund der Initiative des Vaters oder der Freundin etwas unternommen haben:

> "Ich wußte nicht, was ich tun sollte. Ich habe einfach gedacht, ich warte so lange ab, bis es zu spät ist, noch was zu unternehmen. Nur der Initiative meiner Freundin ist es zu verdanken, daß ich nochmal zum Arzt gegangen bin." (Kurzbiographie Nr. 18, siehe Anhang)

Obwohl in den Aussagen der Frauen ein Einfluß von anderen Personen auf die Entscheidung, wenn auch in unterschiedlichem Maße, zutage trat, gaben zehn Frauen an, daß sie sich allein dazu entschieden haben, ihre Schwangerschaft abbrechen zu lassen.

Eine Frau berichtete, daß ihre Therapeutin und der Sozialarbeiter sie zum Abbruch überredet hätten.

Nur eine Frau hat die Entscheidung gemeinsam mit dem Partner gefällt.

4.2.2.4. Motivation zum Schwangerschaftsabbruch

Bei der Begründung ihrer Entscheidung für den Abbruch wurde von fast allen Frauen in der Nachuntersuchung zuerst ihre finanzielle und soziale Situation als ausschlaggebend angeführt, es sei unmöglich, ein Kind zu bekommen, wenn man sich nicht darum kümmern und ihm nichts bieten kann.

Im einzelnen ergaben sich folgende Punkte, wobei meist mehrere Gründe genannt wurden:

Wohnsituation (zu kleine oder gar keine Wohnung)	8
Ausbildungs-/Schulabschluß	3
Berufstätigkeit	4
Finanzielle Probleme (Arbeitslosenunterstützung, Sozialhilfe, Abhängigkeit von den Eltern)	4

Erst im späteren Verlauf des Gesprächs kamen die Frauen auf die Konflikte mit ihren Partnern zu sprechen, bei allen kam die große Enttäuschung über das Verhalten des Partners zum Ausdruck, wobei sich diese in drei Fällen als massive Abwehr gegenüber dem ungeborenen Kind äußerte:

> "Man würde ein Kind aufziehen, immer mit dem Wissen um diesen miesen Menschen, das schien mir eine so kaputte Zukunft zu werden, daß es nicht ging." (Kurzbiographie Nr. 21, siehe Anhang)

In diesem Zusammenhang wurde immer wieder die Angst genannt, nicht in der Lage zu sein, allein ein Kind groß zu ziehen, die Unfähigkeit, diese Verantwortung zu tragen, wie auch die eigene Unreife wurden geltend gemacht. Ohne, daß danach gefragt worden wäre, legten alle Frauen ihre Vorstellungen dar, unter welchen Bedingungen und Lebensumständen sie ein Kind zur Welt bringen möchten. Dabei spielten finanzielle Unabhängigkeit und abgeschlossene Ausbildung ebenso eine Rolle, wie auch die Forderung, genügend Zeit für das Kind haben zu können. Der wichtigste Aspekt, den jede Frau hervorhob, war jedoch, daß ihr Kind einen Vater haben soll.

> "Ich will meine Kinder nicht alleine großziehen. Ich will einen Vater dazu haben." (Kurzbiographie Nr. 24, siehe Anhang)

Alle Frauen stimmten überein in ihrem Idealbild von einer "richtigen" Familie, bis auf eine konnte sich keine Frau vorstellen, ein Kind ohne Vater aufzuziehen, und diejenigen Frauen, die alleinstehend waren und bereits Kinder hatten, litten sehr unter ihrer Situation.

> "Ich habe mir das alles ganz anders vorgestellt, auch schon beim ersten Kind. Ich wollte einen Vater für meinen Kleinen, der ihn lieb hat. Wir wollten ja auch heiraten, aber er hat angefangen zu trinken, da sind wir auseinandergegangen. Ich wollte meinem Kind geben, was ich irgendwie nie bekommen habe, Liebe, Aufmerksamkeit, mal zuhören und daß mein Kind hübsch rumläuft, aber das konnte ich ihm alles eben nicht geben, es ist ja alles kaputtgegangen mit meinem ersten Freund, daß ich allein gestanden bin und überall nur rumgeschoben worden bin." (Kurzbiographie Nr. 15, siehe Anhang)

4.2.2.5. Beratung

Die Frauen in dieser Gruppe äußerten sich in der Nachuntersuchung insgesamt sehr positiv über ihre Erfahrungen in der Beratung.

Alle hatten bereits verschiedene Arztbesuche hinter sich und dabei durchweg schlechte Erfahrungen gemacht, immer wieder dasselbe zu erzählen und auf taube Ohren zu stoßen, keinerlei Verständnis zu spüren, das habe sie völlig zur Verzweiflung und an den Rand des Zusammenbruchs gebracht. In die große Angst, daß es nun zu spät sei und der Abbruch nicht mehr gemacht würde, mischte sich jedoch immer wieder die Hoffnung, daß ihnen doch noch geholfen würde.

> "Ich habe damals so richtig einen Haß auf alle Männer gehabt, weil ich von Arzt zu Arzt gelaufen bin und versucht habe, einen zu finden, der mir die Abtreibung noch macht. Und die haben immer nur dagesessen und nichts verstanden und ich habe nur noch geheult. Und dann haben sie auch noch dumme Sprüche gemacht, ich weiß gar nicht, woher ich die Hoffnung nahm, daß es doch noch gehen würde." (Kurzbiographie Nr. 9, siehe Anhang)

Zwei Frauen betonten, daß es ihnen sehr unangenehm war, sich noch einmal all den Fragen nach ihrem Intimleben und ihren Familienverhältnissen aussetzen zu müssen.

> "Mich deprimiert das sowieso schon, wenn man alles vortragen muß, alles noch mal erklären muß, wie es passieren konnte, ich weiß nicht, mich macht das ganz schön fertig." (Kurzbiographie Nr. 17, siehe Anhang)

Mit der Devise "ich muß mich gegen diese Instanzen durchsetzen, egal wie" ist eine Frau in die Beratungsstelle gegangen. In der Meinung, damit "besser durchzukommen", hat sie ihren damaligen Freund, mit dem sie mittlerweile verheiratet ist, verleugnet und behauptet, der Vater des Kindes sei eine Zufallsbekanntschaft.

Im Interview berichteten diese drei Frauen, die mit einer

negativen Einstellung die Beratung aufgesucht hatten, daß sie angenehm überrascht waren, wie freundlich und verständnisvoll sie dort aufgenommen worden waren.

Enttäuscht sah sich eine Frau in ihren Erwartungen an das Gespräch im SMD:

> "Im Wartezimmer habe ich mir noch mal überlegt, gehst du rein oder gehst du nicht rein. Und dann in der Beratung selbst, da habe ich mir eigentlich ein bißchen mehr erwartet, vielleicht war mein Anspruch auch zu hoch. Aber die sagte nur, ja, nein, gut, Sie wollen nicht, dann geben wir Ihnen Adressen und mehr war da nicht." (Kurzbiographie Nr. 16, siehe Anhang)

Erst in dem psychiatrischen Begutachtungsgespräch fand diese Frau, was sie sich erhofft hatte, nämlich Beruhigung und Verständnis für ihre Situation.

Eine Frau fühlte sich auch bedroht durch das Beratungsgespräch, insofern, als sie selbst sich immer wieder das Pro und Contra vor Augen geführt hatte:

> "Es gibt keine klare Entscheidung, wer das annimmt, der macht sich einfach was vor." (Kurzbiographie Nr. 21, siehe Anhang)

Alle anderen Frauen zeigten sich in der Nachuntersuchung regelrecht begeistert von der Beratung, sowohl von den Gesprächen beim SMD, als auch von der psychiatrischen Begutachtung. Dort hatten sie zum ersten Mal das Gefühl, daß ihnen jemand wirklich zuhört und sich für ihre Probleme interessiert. Das sei bei den vorangegangenen Arztbesuchen nie der Fall gewesen:

> "Ich hatte sonst immer das Gefühl, ich sitze vor einem Gericht und derjenige, der vor mir sitzt, verurteilt mich." (Kurzbiographie Nr. 9, siehe Anhang)

Alle Frauen zeigten in der Beratung große Bereitschaft, über sich und ihre Probleme zu sprechen. Sie berichteten übereinstimmend, wie wichtig es für sie gewesen sei, endlich Verständnis für ihre Situation zu finden, das allein habe sie

schon sehr beruhigt. Die Offenheit des Gesprächs und die Tatsache, daß keine Überredungsversuche unternommen wurden, hat mehrere Frauen dazu veranlaßt, über sich und ihre Situation nachzudenken. Vorher seien sie überhaupt nicht mehr dazu in der Lage gewesen, äußerten diese Frauen. Unter diesen Umständen machte es ihnen dann auch nichts mehr aus, noch einmal ihre Geschichte zu erzählen. Alle Frauen bezeichneten (zumindest eines der) Beratungsgespräche als sehr hilfreich.

Speziell den Besuch beim Psychiater betreffend, berichteten sechs Frauen, daß sie im Grunde nicht gewußt hätten, warum sie da noch hin mußten. Drei hatten regelrecht Angst vor dem Psychiater und hatten sich nicht getraut, jemandem von ihrem Besuch dort zu erzählen, weil sie befürchteten, ausgelacht zu werden. Eine Frau hatte eine gewisse Neugier empfunden, eine andere war sich albern vorgekommen. Alle Frauen äußerten, daß sie in ihrer damaligen verzweifelten Lage überall hingegangen wären und alles getan hätten, um noch die Genehmigung zum Schwangerschaftsabbruch zu erhalten. Die Tatsache, daß die Erlaubnis auf der Basis einer psychiatrischen Indikation erteilt wurde, hat für keine der Frauen eine Rolle gespielt, das war "völlig egal".

Eine Frau berichtete, daß sie aufgrund des Gesprächs mit dem Psychiater ihre Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch revidiert hat. Sie hat das Kind ausgetragen. (Kurzbiographie Nr. 6, siehe Anhang)

4.2.2.6. Beurteilung der Suicidalität

In den psychiatrischen Gutachten wurde in zehn Fällen eine bestehende Suicidgefährdung bestätigt, davon hatten 5 Frauen bereits zu einem früheren Zeitpunkt einen Suicidversuch unternommen. Bei einer Frau bestand das Risiko einer selbstge-

fährdenden und selbstschädigenden "Verzweiflungstat".

Von den zwölf Frauen in dieser Gruppe gaben diese oben genannten zehn in der Nachuntersuchung an, daß sie damals ernsthafte Suicidgedanken hatten. Nur eine Frau sprach von Kurzschlußgedanken, die nur einen Moment lang angedauert hatten. Es handelt sich hierbei um diejenige Frau, die ihr Kind zur Welt gebracht hat.

Die übrigen Frauen berichteten, daß sie mehrfach konkrete Überlegungen angestellt haben, auf welche Weise sie sich das Leben nehmen würden. Die genannten Methoden, die in Erwägung gezogen worden sind, umfaßten in erster Linie die Einnahme von Tabletten, aber auch Sprung aus dem Fenster, Einatmen von Autogasen, Aufschneiden der Pulsadern und Motorradunfall kamen in den Suicidphantasien vor.

Zwei Frauen sprachen ihre Selbstmordabsichten im Interview von sich aus an, ohne daß danach gefragt worden wäre.

Die Angst davor, verstümmelt gerettet zu werden, hielt eine Frau davon ab, den Schritt zu tun; einer anderen waren die zur Verfügung stehenden Methoden nicht sicher genug. Zwei Frauen berichteten, daß das Eingreifen ihres Vaters sie daran gehindert habe, sich etwas anzutun:

> "Ich habe mir in Gedanken schon genau vorgestellt, wie man es machen könnte. Wenn mein Vater damals nicht gekommen wäre, vielleicht wäre es dann passiert. Wenn man mir damals nicht geholfen hätte, ich hätte es gemacht." (Kurzbiographie Nr. 24, siehe Anhang)

In einem Fall wurde die kleine Tochter als Hinderungsgrund angegeben:

> "Wenn ich nicht die kleine Kerstin gehabt hätte, das war immer der springende Punkt, der mich zurückgehalten hat, ansonsten hätte mich rein gar nichts zurückgehalten." (Kurzbiographie Nr. 17, siehe Anhang)

4.2.2.7. Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs

Was die Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs anbetrifft, so berichteten alle Frauen in dieser Gruppe, daß sie erhebliche Schwierigkeiten hatten, mit diesem Erlebnis fertig zu werden.

In einigen Fällen setzten Reue und Schuldgefühle bereits bei der Krankenhaus-Aufnahme ein, zwei Frauen hätten noch unmittelbar vor dem Eingriff die Klinik am liebsten wieder verlassen:

> "Vor allem muß ich auch sagen, daß ich doch Liebe für das Kind empfunden habe, ich weiß nicht, das ist ganz komisch, man kann sich das nicht vorstellen, ich glaube, daß es doch sowas wie Mutter-Kind-Bindung gibt, auch wenn man das Kind nie gesehen hat. Noch zweieinhalb Stunden vor der Abtreibung habe ich wirklich überlegt, ob ich nach Hause gehe. Ich habe mir vorgestellt, wie das Kind kaputt gemacht wird." (Kurzbiographie Nr. 9, siehe Anhang)

Eine wollte ihre Entscheidung rückgängig machen, in dem Moment, als die Fruchtblase platzte:

> "Da war alles aus gewesen, da kamen mir schon meine Gewissensbisse, ich wollte schon nach Hause gehen. Ich habe nur noch geheult wie ein Schloßhund. Ich wollte dann nicht mehr, ich wollte es behalten." (Kurzbiographie Nr. 8, siehe Anhang)

Über den Ablauf des Eingriffs selbst äußerten sich nur wenige Frauen ausführlicher. Immer wurden die damit verbundenen Schmerzen erwähnt, die jedoch nur eine untergeordnete Rolle gespielt haben. Alle Frauen haben vor allem darunter gelitten, daß der Schwangerschaftsabbruch im Ablauf einer richtigen Entbindung glich. In diesem Zusammenhang wurde mehrfach die Vermutung ausgesprochen, daß ein Abbruch zu einem früheren Zeitpunkt sicherlich weniger belastend gewesen wäre.

Die meisten Frauen fühlten sich unmittelbar nach dem Eingriff zunächst erleichtert und waren froh, daß sie es hinter sich hatten.

Vier Frauen berichteten, daß sie während ihres Krankenhaus-Aufenthaltes in ihrer Umgebung bewußt den Eindruck erweckt haben, es ginge ihnen gut; keiner sollte merken, daß ihnen der Abbruch "etwas ausgemacht hat".

> "Hinterher im Krankenhaus habe ich so getan, so äußerlich, als ob es mir scheißegal ist, aber im Innern war es doch ganz schön schwer." (Kurzbiograpbie Nr. 15, siehe Anhang)

In den meisten Fällen tauchten Traurigkeit, Unwohlsein, Niedergeschlagenheit und Schuldgefühle in der ersten Woche nach Verlassen des Krankenhauses auf.

Einige Frauen erzählten, daß sie nachträglich erhebliche Zweifel an der Notwendigkeit des Abbruchs hatten, andere machten sich Vorwürfe, daß sie das Kind umgebracht hatten. Drei Frauen bezeichneten den Schwangerschaftsabbruch als Mord:

> "Elend habe ich mich danach gefühlt, in dem Sinne war es ja schon ein Mord." (Kurzbiographie Nr. 24, siehe Anhang)

Die Frage, ob ihre Schuldgefühle mit religiösen Grundsätzen zusammenhingen, wurde allgemein verneint, nur eine Frau äußerte:

> "Wovon ich mich nicht ganz freimachen kann, ist der Gedanke mit dem Leben. Ich bin ziemlich überzeugte Christin, nicht so im katholischen Sinne mit Papst und so, aber ich glaube, daß man ein Leben schützen muß." (Kurzbiographie Nr. 9, siehe Anhang)

Häufig erwähnt wurden Gedanken darüber, ob es ein Junge oder ein Mädchen gewesen sei und wie alt das Kind jetzt wohl wäre. Eine Frau äußerte, sie hätte gerne wenigstens den kleinen Foetus mit nach Hause genommen.

Der Anblick kleiner Kinder machte vielen Frauen erhebliche Schwierigkeiten. Mehrfach wurde von Träumen gesprochen, in denen die Frauen ihr Kind ausgetragen hatten, nur wenige berichteten, vom Abbruch geträumt zu haben. Nahezu alle Frauen

berichteten von erheblichen Schlafstörungen, sowohl Einschlaf- als auch Durchschlafschwierigkeiten, die sie auf den Abbruch zurückführten.

Zwei Frauen führten ihre Schuldgefühle darauf zurück, daß die Schwangerschaft schon soweit fortgeschritten war.

Diese oben genannten Äußerungen beziehen sich auf die Erfahrungen der Frauen in den ersten Wochen und Monaten nach dem Schwangerschaftsabbruch. Bis auf drei berichteten alle Frauen, daß diese Schwierigkeiten allmählich nachgelassen haben und sie stimmten darin überein, den Abbruch mittlerweile verkraftet zu haben.

Diese drei Frauen entwickelten chronifizierte depressive Reaktionen, die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch andauerten, in dem einen Fall ein Jahr, in dem anderen zwei Jahre nach dem Abbruch, wobei in einem Fall die seit Jahren bestehende Alkoholabhängigkeit sicherlich in ursächlichem Zusammenhang mit der Depression zu sehen ist. Die dritte Frau litt ca. sechs Monate lang unter schweren Depressionszuständen mit Zusammenbrüchen, diese sind jedoch völlig verschwunden, seit sie weiß, daß sie wieder schwanger ist.

> "Ich habe auch öfter so Zusammenbrüche gekriegt, meistens, wenn ich alleine war. Da habe ich so dagesessen und überlegt, mein Gott, warum hast du das weggemacht, warum hast du das überhaupt gemacht. Es war ja doch Mord. Dann habe ich mich mit meinem Unterbewußtsein unterhalten, die eine Seite sagte, du bist eine Mörderin, und die andere Seite sagte, du hattest keine andere Wahl, sonst wäre ich ja vor die Hunde gegangen. Und dann ging das los. Dann habe ich angefangen zu heulen und zu schreien, fürchterlich." (Kurzbiographie Nr. 8, siehe Anhang)

In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, daß diejenigen Frauen, die die größten Schwierigkeiten mit der Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs hatten, berichteten, daß es ihnen entschieden besser gehe, seit sie eine neue Beziehung eingegangen sind. Immer wurde mit dem neuen Partner ausführlich

über das Abbruch-Erlebnis gesprochen, die Frauen betonten, wie wichtig und hilfreich das Verständnis des Freundes für sie gewesen ist:

> "Eine Zeit lang habe ich ganz häufig mit ihm darüber gesprochen, das war in der Anfangszeit, wo ich noch nicht drüber weg war. Er hat mir sehr geholfen. Es ist eine sehr schöne Beziehung und ich hoffe, daß sie ganz lange hält, vielleicht sogar für immer." (Kurzbiographie Nr. 24, siehe Anhang)

Alle können sich vorstellen, von ihrem jetzigen Partner erneut schwanger zu werden, wenn auch einzelne betonen, daß sie sich damit noch ein bißchen Zeit lassen wollen.

> "Er hat mir geholfen, darüber wegzukommen, er hat gesagt, wir bleiben sowieso zusammen, und später kannst du dann von mir ein Kind haben, das hat mir auch irgendwie geholfen." (Kurzbiographie Nr. 15, siehe Anhang)

4.2.2.8. Veränderungen nach dem Schwangerschaftsabbruch

In dieser Gruppe berichteten alle Frauen in der Nachuntersuchung von maßgeblichen Veränderungen in ihrem Leben, die ihrer Meinung nach auf das Erlebnis des Abbruchs zurückzuführen seien. Die Auswirkungen in bezug auf ihre persönliche Situation wurden durchweg positiv bewertet.

Die meisten Frauen stellten fest, daß die Erfahrung des Schwangerschaftsabbruchs einen wichtigen Einfluß auf ihr Leben ausgeübt hat, die intensive Auseinandersetzung mit diesem Erlebnis war verbunden mit einem Lernprozeß und einem besseren Verständnis von sich selbst und hat zu einer bewußteren Einstellung dem eigenen Leben gegenüber geführt. Zwei Frauen wiesen darauf hin, welche Bedeutung es für sie hatte, zum ersten Mal eine Entscheidung für sich selbst getroffen zu haben, sie hätten erst lernen müssen, ihr eigenes Leben zu führen.

"Es ist eigentlich verrückt, daß einen sowas weiterbringt. Aber es war bei mir so, auf alle Fälle. Ich bin praktisch aus der Kindheit mit diesem Erlebnis mit einem Schlag erwachsen geworden." (Kurzbiographie Nr. 9, siehe Anhang)

Ein Gefühl von größerer Reife wurde ebenso erwähnt wie Veränderungen in der Einstellung zu Beziehungen/Partnerschaften.

Alle Frauen haben sich von ihrem damaligen Partner, dem Vater des Kindes, getrennt, bis auf zwei Frauen, wovon die eine ihren (damaligen) Freund mittlerweile geheiratet hat. Die andere berichtete, daß sie zwar noch mit ihrem Freund zusammen sei, aber die Trennung sei in ihren Augen unausweichlich.

Auch die Einstellung der Frauen zum Schwangerschaftsabbruch hat sich verändert. Alle sagten von sich, daß sie sich nie hätten vorstellen können, jemals selbst eine Abtreibung durchführen zu lassen:

"Ich war schon früher gegen Abtreibung, schon immer, weil ich fand, da ist ein Kind drin und das tötet man. Ich habe nie verstanden, warum Frauen abgetrieben haben und andere, die gegen Abtreibung sind, die werden es nie begreifen, außer, wenn sie selbst mal im Dreck stecken, dann wissen sie erst mal, warum man das überhaupt tut." (Kurzbiographie Nr. 15, siehe Anhang)

Bis auf eine Ausnahme hat das Abbruch-Erlebnis die Sexualität der Frauen beeinflußt. Drei Frauen berichteten, daß sie panische Angst hatten vor einer erneuten Schwangerschaft. Die meisten hatten anfangs große Probleme, aber mit Hilfe des Partners und dessen Verständnis und Rücksichtnahme hätten sie diese Schwierigkeiten mittlerweile überwunden. Eine Frau äußerte, daß sie seit dem Schwangerschaftsabbruch überhaupt keine Lust mehr empfinden könnte, es sei alles wie abgestorben.

4.2.2.8.1. Verhütung seit dem Schwangerschaftsabbruch

Seit dem Schwangerschaftsabbruch nehmen sieben Frauen aus dieser Gruppe die Pille, zwei haben sich ein IUP einlegen lassen. Mit der jetzt praktizierten Verhütungsmethode sind alle diese Frauen sehr zufrieden. Eine Frau ist zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung erneut schwanger gewesen und zeigte sich sehr glücklich über dieses "Wunschkind". Zwei Frauen haben sich gleichzeitig mit dem Eingriff sterilisieren lassen. Beide haben diese Entscheidung mehr oder minder notgedrungen gefällt, die eine,

> "damit mir das auf keinen Fall noch mal passiert, noch eine Abtreibung würde ich nicht überleben." (Kurzbiographie Nr. 17, siehe Anhang)

Diese Frau hatte bereits einen Abbruch hinter sich. Die andere Patientin, die seit Jahren an einer Psychose leidet, äußerte, daß sie nicht annimmt, je wieder eine Partnerschaft eingehen zu können:

> "Ich bin durch die Medikamenten-Einnahme gefühlsmäßig sehr beeinträchtigt, ich bin frigide geworden, seitdem ich zum ersten Mal Haldol und diese ganzen Sachen bekommen habe, das hat sich auch nicht wieder gegeben, auch wenn ich ein dreiviertel Jahr keine Tabletten eingenommen habe. Deshalb wollte ich auch nicht weiter mit ihm zusammen sein, das bringt nichts in der Partnerschaft, das geht auf Dauer nicht, wenn man gar nichts dabei empfindet, man kann das mal über sich ergehen lassen, aber nicht immer. So seelische Frustrationen, das ist nicht gut." (Kurzbiographie Nr. 2, siehe Anhang)

Die übrigen Frauen berichteten übereinstimmend, daß die Frage der Verhütung seit dem Schwangerschaftsabbruch einen anderen Stellenwert für sie habe und sie nicht mehr dazu bereit wären, alleine diese Verantwortung zu tragen. Diejenigen, die einen neuen Partner haben, äußerten, daß sie mit ihm ausführlich über dieses Thema gesprochen haben.

4.2.2.9. Therapeutische Hilfe

Bei der psychiatrischen Begutachtung wurde elf Frauen aus dieser Gruppe angeraten, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben.

Zwei haben diesen Rat befolgt, dabei handelt es sich in dem einen Fall um diejenige Frau, die nach dem Abbruch zunächst sehr depressiv war und mehrere Zusammenbrüche hatte. Sie hat eine therapeutische Gesprächsgruppe besucht, was sie als sehr hilfreich für sich bezeichnete:

> "Mir ist sehr vieles klarer geworden in der Therapie, weil die Frauen da eben alle darüber geredet haben, selbst ihre Probleme und Konfrontationen damit erzählt haben, das fand ich unheimlich toll, ich kann nur jeder Frau raten, die damit zu tun hatte, in so eine Therapie zu gehen." (Kurzbiographie Nr. 8, siehe Anhang)

Dadurch und durch die Hilfe und Zuwendung ihres Mannes habe sich ihr Zustand sehr verbessert, berichtete sie; richtig gut geht es ihr allerdings erst, seit sie von ihrer erneuten Schwangerschaft weiß.

Die andere Frau leidet nach wie vor unter Depressionen, erhofft sich aber Besserung durch die Gesprächstherapie, die sie seit einiger Zeit besucht.

Es war bereits die Rede von zwei weiteren Frauen, die ebenfalls eine chronifizierte depressive Reaktion entwickelt haben. Beide äußerten in der Nachuntersuchung den festen Willen, sich in Behandlung begeben zu wollen:

> "Ich mache das jetzt auf jeden Fall, ich habe ihm (dem Gutachter) das ja auch fest versprochen und ich mache das jetzt auch, weil ich glaube, daß es das Beste für mich ist." (Kurzbiographie Nr. 17, siehe Anhang)

Diese zuletzt zitierte Frau hatte schon nach ihrem ersten Abbruch eine Therapie aufsuchen wollen, hatte dies dann jedoch unterlassen, weil ihre Familie sie gehänselt und ausge-

lacht hat.

Eine alkoholabhängige Frau gab in der Nachuntersuchung an, daß sie sich jetzt in jedem Fall zu einer Entziehungskur anmelden will.

Sieben Frauen berichteten, daß sie nach dem Abbruch ein großes Bedürfnis empfunden hatten, über dieses Erlebnis und die damit verbundenen Erfahrungen zu reden, aber nur eine hatte aus diesem Grunde mehrmals einen Therapeuten aufgesucht. Alle anderen hielten es in ihrem Fall nicht für notwendig, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ihrer Meinung nach waren die Gespräche, die sie vor allem mit ihrem neuen Partner geführt hatten, völlig ausreichend.

4.2.2.10. Beurteilung der Entscheidung aus heutiger Sicht

Die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch wurde von allen Frauen als richtig beurteilt, wobei zur Bekräftigung ausnahmslos noch einmal die jeweiligen zur Entscheidung führenden Gründe angegeben wurden. Zwei Frauen gingen allerdings davon aus, daß sie nicht noch einmal so entscheiden könnten.

Keine Frau unterließ es zu betonen, daß sie in ihrer Situation wirklich keine andere Wahl hatte.

4.2.2.11. Belastung durch das Interview

Die Aussagen der Frauen über das vorausgegangene Gespräch waren auffallend positiv.

Drei Frauen äußerten, daß ihnen die Vorstellung, nach so langer Zeit noch einmal über den Schwangerschaftsabbruch zu reden, ziemlich unangenehm gewesen sei, stellten aber im nachhinein fest, daß ihnen das Gespräch gutgetan hat. In zwei Fällen wurde zwar das Interview positiv bewertet, jedoch wurde befürchtet, daß dadurch erneut Gedanken an den Abbruch hervorgerufen werden könnten. Fast alle Frauen betonten, wie wichtig es sei, Erfahrungen auszutauschen und wiesen auf die Notwendigkeit hin, Frauen, denen ein Abbruch bevorsteht, darauf vorzubereiten, was auf sie zukommt.

5. ZUSAMMENGEFASSTES ERGEBNIS

Bei der Zusammenstellung des Materials ergaben sich eine Reihe von überindividuellen, gemeinsamen Problemaspekten. Die Themenschwerpunkte, zu denen sich die befragten Frauen weitestgehend übereinstimmend äußerten, umfassen im wesentlichen die Bereiche Verhütung, Einstellung zum § 218 StGB und zur Adoptionsfreigabe und Situation im Krankenhaus. Darüber hinaus befanden sich fast alle Frauen zum Zeitpunkt der Empfängnis in einer für sie schwierigen, konflikthaften Situation, die meist auch als Hauptbeweggrund für die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch genannt wurde.

Im einzelnen fielen folgende Aspekte auf:

5.1. Mangelhafte Verhütung

Überrascht hat die hohe Anzahl von Frauen, die sich nicht geschützt haben, obwohl sie nach eigenen Angaben kein Kind haben wollten. Die übrigen Frauen waren offenbar nachlässig im Umgang mit der von ihnen praktizierten Antikonzeptionsmethode. Häufig wurde die Möglichkeit einer Konzeption völlig unrealistisch eingeschätzt. Die in diesem Zusammenhang wiederholt geäußerten Erklärungsmuster der Frauen, wie es trotz Verhütung zur Schwangerschaft gekommen sei, erwiesen sich als in hohem Maße widersprüchlich. Es war jedoch im Gespräch nicht möglich, diese Widersprüche zu hinterfragen, jegliche Versuche in dieser Richtung wurden massiv abgewehrt.

Bemerkenswert waren darüber hinaus die Äußerungen der Frauen bezüglich der Umgangsweise mit dem Verhütungsproblem an sich innerhalb der Partnerschaft, nämlich die Zuweisung der alleinigen Verantwortlichkeit in puncto Antikonzeption an die Frau. Nach wie vor ist im Bewußtsein der meisten Frauen Ver-

hütung ausschließlich "ihre" Sache, ein Umstand, den die wenigsten überhaupt in Frage stellten. In den Fällen, wo dieses Thema zumindest erörtert worden war, prägten Ignoranz und Vorwurfshaltung von seiten des Mannes die Auseinandersetzung. Das Bewußtsein einer gemeinsamen Verantwortung wurde nur in Ausnahmen als selbstverständlich empfunden, und auch in diesen Fällen war es nie der Mann, der das Thema ansprach. Immer mußte die Initiative von der Frau ausgehen.

5.2. Einstellung zum § 218 StGB

Im Zusammenhang mit der persönlichen Einstellung zum § 218 StGB und der damit verbundenen Frage nach der eigenen Auseinandersetzung mit der Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs war vor allem eine Beobachtung von Interesse. Keine der Frauen hätte bis zu dem Zeitpunkt, wo sie selbst mit dieser Situation konfrontiert wurde, sich jemals vorstellen können, ein Kind abzutreiben. Bis zu dieser Konsequenz reichte die individuelle Überlegung jedoch gar nicht erst, denn davor stand die Überzeugung der Frau, daß sie nicht ungewollt schwanger wird. Die eigene Fertilität und die Möglichkeit einer Konzeption wurden weitestgehend negiert.

5.3. Einstellung zur Adoptionsfreigabe

Die in den Beratungsgesprächen angebotene Alternativlösung zum Schwangerschaftsabbruch, nämlich die Freigabe des Kindes zur Adoption, wurde von allen Frauen einmütig abgelehnt. Teilweise wurde allein der Vorschlag als Zumutung empfunden. Einige Frauen begründeten ihre ablehnende Haltung mit der Angst/Befürchtung, daß ihnen nach der Geburt die Trennung von ihrem Kind unmöglich sein würde.

5.4. Situation im Krankenhaus

Die von den befragten Frauen wiedergegebene Einschätzung ihrer Erfahrungen im Krankenhaus fiel insgesamt besser aus als erwartet. Das Verhalten der Ärzte und insbesondere die Reaktionen des Pflegepersonals wurden größtenteils positiv bewertet. Die Vermutung, daß gerade diejenigen Frauen, die erheblich unter Schuldgefühlen gelitten haben, mit deutlicher Kritik an den behandelnden Ärzten und Schwestern aufwarten würden, ließ sich nicht bestätigen. Massive Beschwerden über das Krankenhaus-Personal waren die Ausnahme, in diesen Fällen wurde im gesamten Gesprächsverlauf eine starke Neigung zu Projektionen deutlich, verbunden mit der Unfähigkeit, oder aber mangelnder Bereitschaft, die spezifische persönliche Problematik zu reflektieren.

Kritische Anmerkungen, die organisatorische Gesichtspunkte betrafen, fielen jedoch häufiger. Es wurde mehrfach darauf hingewiesen, daß die Konfrontation einer abbruchswilligen Frau mit einer um ihre Schwangerschaft fürchtenden Frau in einem gemeinsamen Zimmer für beide eine enorme Belastung darstellt.

Das wesentlichste Ergebnis der Untersuchung ist die Identifizierung zweier verschiedener Gruppen innerhalb des Kollektivs der befragten Frauen.

Neben den oben genannten gemeinsamen Problemaspekten konnten nämlich Indikatoren gefunden werden, die eine gruppenspezifische Differenzierung erlauben. Das für die Unterscheidung signifikante Kriterium war die individuelle Art der Entscheidungsfindung. Während die Frauen der ersten Gruppe sofort, nämlich gleich nach der Feststellung der Schwangerschaft, den Entschluß zum Abbruch fällten, war der Entscheidungsprozeß für die Frauen der zweiten Gruppe wesentlich komplizierter und langwieriger.

Die Gruppenzugehörigkeit ist neben der bereits erwähnten unterschiedlichen Entscheidungsprozesse durch weitere gemeinsame Merkmale gekennzeichnet.

5.5. Gruppe 1

Zunächst seien die für die erste Gruppe spezifischen biographischen Gemeinsamkeiten aufgeführt. Kennzeichnend für die Frauen dieser Gruppe ist ihr durchschnittlich höheres Alter, sie sind verheiratet, haben Kinder und leben in einer mehr oder weniger stabilen sozialen Situation.

Eine Ambivalenz hinsichtlich des Kinderwunsches bzw. des Schwangerschaftsabbruchs war weder im Beratungs-/Gutachtergespräch, noch im nachfolgenden Interview aufspürbar. Die Schwangerschaft wurde so lange wie möglich nicht wahrgenommen/verleugnet, dementsprechend fehlte jegliche Aufmerksamkeit für subjektive Schwangerschafts-Zeichen. Bei der Entdeckung der Schwangerschaft wurde sofort die Entscheidung zum Abbruch gefällt.

Ein Konflikt wurde gar nicht erst zugelassen, durch das Festhalten an dieser spontanen Entscheidung konnte eine Reflexion bezüglich der Genese der Schwangerschaft und eine Auseinandersetzung mit der eigenen Problematik von vornherein unterbunden werden.

Dies äußert sich deutlich in der Abwehrhaltung, die diese Frauen in der Beratungssituation einnahmen. Die Beratung wurde als unangenehm und belastend empfunden. Es bestand kein Interesse an einem tiefergehenden Gespräch, in dem die persönlichen Probleme erörtert werden, sondern es ging allein darum, die Zusage zum Schwangerschaftsabbruch zu erhalten.

Die in der Nachuntersuchung genannten Hauptgründe für die Entscheidung zum Abbruch waren: Schlechte Eheverhältnisse und Belastung durch die Kinder, finanzielle Probleme, Alter und Berufstätigkeit, Angstneurose und Entwurzelungsdepression.

Der Schwangerschaftsabbruch wurde von diesen Frauen insgesamt gut verkraftet, er bewirkte keinerlei Veränderungen in ihrem Leben, ausgenommen die in den meisten Fällen erfolgte Änderung des Kontrazeptionsverhaltens.

In den Gesprächen wurde deutlich, daß sich diese Frauen mit ihren Lebensumständen arrangiert haben, mit den bestehenden Problemen haben sie sich abgefunden. Hierbei sind in erster Linie die häufig angeführte Unzufriedenheit in der Ehe und die Belastung durch die Kinder zu nennen.

Inwieweit eine Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs tatsächlich stattgefunden hat und daraus möglicherweise Probleme für die Frauen resultierten, läßt sich aufgrund der Aussagen in den Gesprächen nur schwer ermessen. Häufig war eine deutliche Diskrepanz feststellbar zwischen der vordergründigen Negierung jeglicher mit dem Abbruch zusammenhängender Schwierigkeiten, Gedanken, Schuldgefühle auf der einen Seite, und der vehementen Abwehr auf der anderen Seite, mit der diese Frauen auf Fragen nach der seelischen Belastung durch den Abbruch reagierten.

In diesem Zusammenhang wurde von den befragten Frauen immer wieder darauf hingewiesen, daß sie durch Haushalt und Sorge um die eigenen Kinder viel zu sehr in Anspruch genommen waren, um sich noch weitere Gedanken um den Schwangerschaftsabbruch machen zu können. Die Familie, vor allem das Vorhandensein von Kindern, diente gleichzeitig auch zur Rechtfertigung des Abbruchs. Der Verweis auf die eigene Mutterschaft wurde häufig auch zur Abgrenzung gegenüber kinderlosen Frauen benutzt, denen die Berechtigung zum Schwangerschaftsab-

bruch abgesprochen wurde.

Ein Gespräch mit dem Partner über das Abbruchs-Erlebnis hat nur in Ausnahmefällen stattgefunden.

Der Gedanke an Suicid wurde in der Nachuntersuchung als einmalige Kurzschlußidee bewertet, alle Frauen in dieser Gruppe haben keine konkreten Überlegungen hinsichtlich eines Selbstmordes angestellt, da sie fest in ihre sozialen Bezüge eingebunden waren. Vor allem das Verantwortlichkeitsgefühl den Kindern gegenüber sei zu groß gewesen, um einen solchen Schritt in Betracht kommen zu lassen.

Die Bereitschaft, therapeutische Hilfe zur Bewältigung der in den Beratungsgesprächen als ausschlaggebend für die Entscheidung genannten Konflikte in Anspruch zu nehmen, war äußerst gering. Nur in einem Fall wurde nach dem Abbruch eine Therapie aufgenommen.

In den Nachuntersuchungs-Gesprächen waren diese Frauen eher verschlossen, wortkarg und in ihren Angaben wenig differenziert. Sie zeigten kaum die Bereitschaft zur kritischen Auseinandersetzung mit sich selbst. In ihrer Argumentation traten starke Widersprüche zutage, die aber nicht reflektiert wurden und auch im Gespräch nicht hinterfragbar waren.

5.6. Gruppe 2

Die der zweiten Gruppe zugeordneten Frauen weisen folgende gemeinsame biographische Merkmale auf: Sie sind im Durchschnitt jünger, unverheiratet und haben meist keine Kinder (vier Frauen haben ein Kind). Die sozialen Lebensumstände dieser Frauen zum Zeitpunkt der Empfängnis bzw. des Schwangerschaftsabbruchs waren durch Labilität und Unsicherheit

gekennzeichnet, sowohl die berufliche als auch die privatpersönliche Perspektive betreffend. Alle Frauen berichteten von erheblichen Konflikten mit ihrem damaligen Partner (dem Vater des Kindes).

Hinsichtlich des Kinderwunsches wie auch des Abbruches lag bei den Frauen in dieser Gruppe eine deutliche Ambivalenz vor, die den Frauen, wenn auch in unterschiedlichem Maße, bewußt war, und auch reflektiert worden war und im Gespräch hinterfragbar war.

Aus den Äußerungen dieser Frauen in der Nachuntersuchung über ihre Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch lassen sich verschiedene Phasen ableiten, die diese Frauen vor, während und nach dem Eingriff durchlaufen haben. In der ersten dieser Phasen zeigt sich die deutliche Verleugnungstendenz der Frauen. Fast alle äußerten, sich ein Kind gewünscht zu haben; Schwangerschaftsverdacht und das Bemerken subjektiver Anzeichen wurde bejaht, jedoch wurde der Gedanke an eine Schwangerschaft immer wieder verleugnet oder verdrängt und der Besuch eines Arztes lange hinausgezögert, was von den Frauen im Gespräch von selbst angesprochen und benannt wurde. Die Feststellung der Schwangerschaft war zumeist mit einem Schock für die Frauen verbunden, der anschließend einer Phase der Zustimmung und Freude über das Kind wich. Die folgenden Auseinandersetzungen mit dem Partner leiteten die Phase der Entscheidungsfindung ein, die geprägt war durch die Enttäuschung über den Partner, verbunden mit der Realisierung der eigenen Lebenssituation auf der einen Seite und dem Wunsch, das Kind auszutragen auf der anderen. Als Begründung für die Entscheidung zum Abbruch wurden zunächst die unsicheren beruflichen und finanziellen Verhältnisse, wie auch die mangelnde eigene Reife angeführt. Im weiteren Gesprächsverlauf zeigte sich jedoch, daß die Ablehnung des Kindes durch den Partner maßgebend für den Entschluß gewesen war. Alle Frauen teilten die Vorstellung von einer "richtigen" Familie, keine konnte sich vorstellen, allein ein Kind großzuziehen.

Die Beratung wurde von allen Frauen positiv bewertet. Es zeigte sich, daß häufig an die Beratung konkrete Erwartungen geknüpft waren. Einerseits hofften die Frauen auf Interesse und Verständnis für ihre Probleme, andererseits suchten sie auch Hilfe zur Lösung ihrer Konflikte. Entsprechend war hier die Gesprächsbereitschaft sehr groß und konnte zu einer eingehenden Erörterung der spezifischen Problematik genutzt werden.

Mit der Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs hatten die Frauen dieser Gruppe massive Probleme. Häufig zeigte sich bereits während des stationären Aufenthalts erneut die ambivalente Haltung dieser Frauen, die sich in dem Wunsch, die Klinik noch vor dem Eingriff wieder zu verlassen, ebenso äußerte, wie in den Bestrebungen, sich die Trauer über den Abbruch nicht anmerken zu lassen (getarnte Depression). Meist folgte unmittelbar nach dem Eingriff eine Phase der Erleichterung, bevor die Schwierigkeiten mit dessen Verarbeitung einsetzten, die sich in Traurigkeit, Schlafstörungen, Zweifeln an der Notwendigkeit des Abbruchs, Schuldgefühlen, bis hin zu Vorwürfen, das Kind umgebracht zu haben, äußerten.

Diese Reaktionen waren vor allem in den ersten Wochen nach dem Eingriff besonders gravierend und ebbten dann mehr und mehr ab. In drei Fällen kam es zur Ausbildung einer chronofizierten depressiven Reaktion.

Das Erlebnis des Abbruchs führte bei allen Frauen zu wichtigen Veränderungen in ihrem Leben; wobei die erste, bis auf zwei Ausnahmen, die Trennung vom Vater des Kindes war.

Sicherlich kann man die Schwierigkeiten, die diese Frauen mit der Verarbeitung des Abbruchs hatten, nicht losgelöst sehen von den Problemen, die durch den Beziehungskonflikt und die folgende Trennung verursacht wurden. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß die Besserung des seelischen Befindens meist mit dem Beginn einer neuen Partner-Beziehung

zusammentraf. Die meisten Frauen konnten sich vorstellen, mit disem Partner erneut schwanger zu werden, eine war zum Interview-Zeitpunkt bereits schwanger.

Die Auswirkung der Erfahrungen durch den Schwangerschaftsabbruch auf ihre persönliche Entwicklung wurde von den Frauen als sehr positiv bezeichnet. Der Abbruch hatte wesentlichen Einfluß auf ihre jetzige Lebenssituation und war verbunden mit einem Lernprozeß zum besseren Selbstverständnis. Eine daraus resultierende größere Reife wurde ebenso konstatiert wie auch eine veränderte Einstellung zur Partnerschaft.

Hinsichtlich der Einschätzung der Suicidalität zeigte sich, daß fast alle Frauen mehrfach konkrete Überlegungen angestellt hatten, auf welche Weise sie Selbstmord begehen könnten. In zwei Fällen wurde berichtet, daß der Suicid nur durch das Eintreffen eines Angehörigen verhütet werden konnte. Die Schwangerschaft war Auslöser für eine massive Lebenskrise und das Fehlen der sozialen Bezüge und der Einbindung in Verantwortlichkeit lassen die Suicidgefährdung in dieser Gruppe besonders hoch erscheinen.

Bei diesen Frauen zeigte sich eine deutlich höhere Bereitschaft zur Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe, daß trotzdem jedoch nur wenige davon Gebrauch gemacht haben, ist auf die in den meisten Fällen erfolgte Aufnahme einer neuen Beziehung zurückzuführen. Intensive Gespräche mit dem neuen Partner über die mit dem Abbruch zusammenhängenden Erfahrungen wie auch über Verhütungsfragen waren für die Frauen von größter Bedeutung. Insgesamt war eine Hinwendung zu "sicheren" Verhütungsmethoden feststellbar.

Im Gespräch waren diese Frauen wesentlich offener und erzählfreudiger, ja geradezu erzählbedürftig, im Gegensatz zu den Frauen der ersten Gruppe. Sie waren insgesamt deutlich differenzierter und zeigten eine große Bereitschaft, über ihre Probleme zu sprechen und ihre damalige und jetzige

Situation zu reflektieren.

6. DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Ausgehend von der These, daß jede Schwangerschaft auch Konflikt impliziert und Ambivalenz hervorruft, da bewußter Wille und untergründige Wünsche und Befürchtungen oft nicht übereinstimmen (MOLINSKI 1978), lag der vorliegenden Studie die Hypothese zugrunde, daß in den hier untersuchten Fällen eine verstärkte Ambivalenz bezüglich Kinderwunsch und Schwangerschaft vorliegt, aus der wiederum das Verhalten der Frauen vor dem Schwangerschaftsabbruch und dessen Verarbeitung hinterher resultiert. Von besonderem Interesse war in diesem Zusammenhang die Situation der Frau zum Zeitpunkt der Empfängnis in Verbindung mit der Frage, ob die unerwünschte Schwangerschaft eine "Funktion" implizierte, bzw. ob über diese Gravidität unbewußt ein bestehender Konflikt gelöst werden sollte.

Darüber hinaus stellte sich die Frage, ob sich aus den Untersuchungsergebnissen relevante Gesichtspunkte für den Psychiater ergeben, der als Gutachter prüfen soll, ob eine psychiatrische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch vorliegt.

Es sollen nun die Ergebnisse der Studie mit denen anderer Autoren verglichen werden, wobei auf den zahlenmäßig geringen Umfang des Kollektivs hingewiesen werden muß, der statistisch signifikante Rückschlüsse nur äußerst bedingt zuläßt.

Im Rahmen der Diskussion ungewollter Schwangerschaften kommt dem kontrazeptiven Verhalten der betroffenen Frauen eine entscheidende Bedeutung zu. Die offensichtliche Diskrepanz zwischen der bewußten Aussage der Frauen "ich will kein Kind" einerseits und der unzureichend praktizierten Verhütung andererseits bedarf einer Erklärung.

Verschiedene Autoren haben sich bereits eingehend mit dieser Frage auseinandergesetzt, wobei die wesentlichen Erklärungs-

modelle entweder auf dem psycho-analytischen oder dem mehr psycho-sozialen Ansatz basieren.

Auch RUNTE, dessen Argumentation sich keinem dieser beiden Ansätze zuordnen läßt, stellte in seiner Studie unzureichende Verhütungsmaßnahmen fest, ohne jedoch die Ursache dieses Verhaltens zu hinterfragen. Er beschränkt sich darauf, "den meisten der hier betroffenen Frauen nachlässiges, wenn nicht sogar verantwortungsloses kontrazeptives Verhalten anzulasten". Als Fazit seiner Ergebnisse fordert er entsprechende Aufklärung

> "nicht zuletzt darüber, daß jeder Schwangerschaftsabbruch nicht nur körperliche, sondern auch seelische Erkrankungen nach sich ziehen kann, die viel höher zu veranschlagen sind, als eventuelle Nebenwirkungen von Kontrazeptiva" (RUNTE 1978, S. 24).

Der psycho-soziale Ansatz wird von OETER und WILKEN vertreten, die sich in ihrer sozialwissenschaftlich orientierten Arbeit mit den psycho-sozialen Entstehungsbedingungen unerwünschter Schwangerschaften befaßt haben. Bei ihrer Analyse des Kontrazeptionsverhaltens kommen sie zu dem Ergebnis, daß neben dem Wunsch, eine Schwangerschaft zu verhüten, andere soziale Faktoren wirksam sind und einen vergleichbar starken Einfluß nehmen. OETER und WILKEN stellten fest, daß die Anwendung unsicherer Methoden um so häufiger ist, je höher das Alter und je niedriger die soziale Schicht ist. Psychischen Ursachen räumen sie kaum Bedeutung ein (OETER und WILKEN 1981).

Die in der vorliegenden Untersuchung befragten Frauen haben alle unzureichend verhütet. Ein altersabhängig unterschiedliches Kontrazeptionsverhalten konnte in diesem Kollektiv nicht nachgewiesen werden, ebensowenig wie aus der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht ein spezifisches Verhaltensmuster abgeleitet werden konnte. Sicherlich muß in diesem Zusammenhang erneut auf den geringe Umfang des Sample hingewiesen werden. Bedeutsam erscheint allerdings, daß auch

die häufig festgestellte unrealistische Einschätzung der Möglichkeit einer Konzeption, ebenso wie die mehrfach angebotenen, zum Teil äußerst widersprüchlichen Erklärungsmuster die Entstehung der Schwangerschaft betreffend, ebenfalls weder einer Altersgruppe noch einer sozialen Schicht zuzuordnen war. Unterschieden werden konnten jedoch differenziertere Frauen, die die Widersprüchlichkeit ihrer Äußerungen reflektiert und auch benannt haben, von jenen, die sich dieser Widersprüche offenbar überhaupt nicht bewußt waren.

Im Gegensatz dazu wird im Rahmen der psycho-analytischen Deutung des Schwangerschaftskonflikts und damit der Ursache ungewollter Schwangerschaften die Widersprüchlichkeit der Argumentation, wie auch die unzureichende Kontrazeption eher erklärbar, unter der Annahme, daß, wie MOLINSKI feststellt, in diesen Fällen ein unbewußter, aber das Verhalten bestimmender Kinderwunsch wirksam ist. Die Frauen sind sich entweder ihres Kinderwunsches gar nicht bewußt, oder aber dieser Wunsch wird verdrängt, weil er mit den Umwelt-/Lebensbedingungen, vor allem mit den Partnerinteressen kollidiert. Die Unmöglichkeit, eigenes Wünschen mit den Gegebenheiten der Umwelt in Einklang zu bringen, stellt die betroffenen Frauen zweifellos vor einen Konflikt und sie haben offenbar starke Schwierigkeiten, darüber eine bewußte Auseinandersetzung zu führen, die es ihnen ermöglicht, sich für oder gegen ein Kind zu entscheiden und entsprechend eine Verhütung zu betreiben oder zu unterlassen. Denn der Entschluß für oder gegen ein Kind ist, wie MOLINSKI ausführt, nicht etwa Anzeichen einer Konfliktlosigkeit, sondern vielmehr Folge einer Auseinandersetzung mit konflikthaften Tendenzen und stellt bereits eine Konfliktlösung dar. Daß diese Auseinandersetzung nicht oder nur unzureichend stattgefunden hat, läßt sich anhand der gar nicht oder nur mangelhaft praktizierten Kontrazeption der befragten Frauen vermuten (MOLINSKI 1980).

In der unrealistischen Einschätzung der Konzeptionswahrscheinlichkeit, wie auch in der Negierung einer erfolgten

Konzeption spiegeln sich deutliche Verleugnungstendenzen. WIMMER-PUCHINGER sieht darin die Verleugnung der eigenen Sexualität (WIMMER-PUCHINGER 1982). MENNE/MOERSCH verstehen die Neigung, die Realität der Konzeptionsmöglichkeit bzw. der erfolgten Konzeption nicht zur Kenntnis zu nehmen, auch als Schutzmaßnahme, indem durch die Verleugnung der Schwangerschaft, der Zugriff durch andere hinausgezögert wird. Die Tendenz zur Verleugnung ist nach MENNE/MOERSCH Ausdruck für die Konflikthaftigkeit der Situation (MENNE/MOERSCH 1980).

Bevor auf das widersprüchliche Verhalten der Frauen und die sich darin äußernde Ambivalenz näher eingegangen wird, soll noch auf die Rolle des Partners in der Verhütungsfrage hingewiesen werden.

Ein Ergebnis der vorliegenden Untersuchung war, daß hier für die Empfängnisverhütung in erster Linie die Frau verantwortlich gemacht wird und sich auch verantwortlich fühlt. Darüber hinaus wurde deutlich, daß eine Auseinandersetzung über dieses Problem in der Partnerschaft überhaupt nicht, oder nur auf Drängen der Frau und dann meist unter großen Schwierigkeiten stattfindet. Offenbar ist dieses Thema nach wie vor einem Tabu unterworfen.

Dies bestätigen auch die Ergebnisse anderer Autoren. So fanden OETER und WILKEN in ihrer breit angelegten Studie, daß in ca. zwei Drittel der Fälle die Last der Verhütung von der Frau getragen wird,

> "Männer sind an dem Unternehmen der Empfängnisverhütung bestenfalls beteiligt, die alleinige Last übernehmen sie nur selten" (OETER/WILKEN 1981, S. 214).

Auf den Zusammenhang zwischen der Form der Partnerbeziehung und der Möglichkeit des Gesprächs über Kontrazeption, respektive des Bewußtseins einer gemeinsamen Verantwortlichkeit, weist WIMMER-PUCHINGER hin:

> "Je mehr jedoch die Beziehung einen Austausch an Gefühlen und Wünschen über Familienplanung zuläßt, je besser die Information und gegenseitiges Verständnis, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, daß Familienplanung 'versagt', d.h. Unklarheiten bestehen." (WIMMER-PUCHINGER 1982, S. 109)

Zweifellos sieht die Realität in den meisten Partnerschaften jedoch anders aus, über Verhütung wird im Regelfall nicht gesprochen, entweder, weil das Thema als unangenehm und peinlich empfunden wird, oder aber aus Angst vor eventueller Enttäuschung und Zurückweisung. Indem die Initiative zu einem solchen Gespräch vorrangig von der Frau ausgeht, hat sie dementsprechend auch die damit verbundenen Frustrationen zu tragen, da offenbar von seiten der Männer das Thema Familienplanung und Kinderwunsch zumindest in diesem Rahmen nach Möglichkeit ausgeklammert wird.

Wie bereits erwähnt, zeigen die betroffenen Frauen ein widersprüchliches Verhalten, indem sie sich einerseits auf bewußter Ebene kein Kind wünschen und andererseits durch mangelnde Verhütung und spätes Aufsuchen einer Beratungsstelle bzw. eines Arztes eine Schwangerschaft und deren Austragung begünstigen. Nach GREVE liegt in diesen Fällen häufig ein aktueller Ambivalenzkonflikt vor (GREVE 1982). Diese Ambivalenz, so führen MENNE/MOERSCH aus, unterscheidet sich deutlich von derjenigen bei einer "normalen" Schwangerschaft,[1)]

> "während dort die gegen ein Kind gerichteten Aggressionen sich in Beschwerden wie Erbrechen nur verdeckt Ausdruck verschaffen können und in der Regel unbewußt bleiben, ist es hier eher die andere Seite der Ambivalenz, nämlich der Wunsch nach einem Kind, der sich gegenüber der vom Ich eingenommenen Position nur in verdeckter Weise zum Ausdruck bringen kann" (MENNE/MOERSCH 1980).

Bei dem für die vorliegende Arbeit befragten Kollektiv

---

1) vgl. dazu MOLINSKI, der sich mit der Ambivalenz, die mit einer "normalen" Schwangerschaft verbunden ist, auseinandergesetzt hat; MOLINSKI 1972

handelt es sich ausnahmslos um Frauen, die erst nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche um den Abbruch ihrer Graviditat nachgesucht haben. Die Untersuchung basierte auf der Annahme, daß in diesen Fällen die postulierte Ambivalenz in einem erheblich größeren Maße vorliegt. Die Ergebnisse hinsichtlich des Verhütungsverhaltens decken sich mit den Ausführungen der oben genannten Autoren, es zeigte sich jedoch, daß die von uns angenommene Ambivalenz nur bei einem Teil der Frauen deutlich zutage trat. Das Verhalten dieser Frauen stimmt mit den Beobachtungen von MENNE/MOERSCH überein, sowohl was die unzureichende Kontrazeption, als auch ihr Verhalten in der Beratung betrifft (Verleugnung der Schwangerschaft, spätes Aufsuchen der Beratung etc.), worin sich ihr, wenn auch teilweise unbewußter Kinderwunsch und die damit verbundene Ambivalenz äußerte. Diese ambivalente Gefühlseinstellung dem Kind bzw. dem Abbruch gegenüber zeigte sich in diesen Fällen überaus deutlich und wurde von den betreffenden Frauen später bewußt wahrgenommen, reflektiert und konnte in der Nachuntersuchung angesprochen werden.

Im Gegensatz dazu war bei dem restlichen Teil der befragten Frauen die postulierte Ambivalenz in der Nachuntersuchung nicht mehr aufspürbar, das wäre allenfalls mit einer analytischen Interviewtechnik möglich. Zwar haben auch diese Frauen ungenügend verhütet, jedoch ergab weder die Befragung einen Hinweis auf einen unbewußten Kinderwunsch, noch zeigte sich in der Beratung, wie auch im Interview eine ambivalente Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Die Haltung dieser Frauen erschien klar und eindeutig, sie wollten kein Kind, die Entscheidung zum Abbruch und dessen Verarbeitung bereitete ihnen, zumindest zu diesem Zeitpunkt, keinerlei Schwierigkeiten. Es wäre jedoch vorschnell, daraus das Fehlen jeglicher Ambivalenzstruktur bei diesen Frauen ableiten zu wollen, vielmehr scheint hier ein großes Verdrängungs- und Verleugnungspotential vorzuliegen. Möglicherweise liegt in diesen Fällen die Ambivalenz viel tiefer, sie ist jedenfalls nicht objektivierbar. Offenbar verfügen diese Frauen

über eine rasch einsetzende und dann sehr rigide Abwehr, diese Abwehrhaltung wurde in der Nachuntersuchung insofern deutlich, da jegliche tiefergehenden Fragen von den Frauen rigoros abgeblockt wurden.

Es bleibt jedoch zu klären, warum Frauen überhaupt ungewollt schwanger werden, obwohl Konzeption und Kontrazeption heute weitgehend vom Willen her gesteuert werden können (MOLINSKI 1978). "Es stellt sich", wie GOEBEL, vom psychoanalytischen Ansatz ausgehend, formuliert, "die Frage nach dem Sinn und der Funktion einer ungewollten Schwangerschaft, die abgebrochen wird" (GOEBEL 1974, S. 21). Die These, daß ein Schwangerschaftsabbruch immer einen Konfliktlösungsversuch impliziert (MOLINSKI 1972, DIEDERICHS 1976), wurde von verschiedenen Autoren aufgegriffen, die sich mit unterschiedlichen Kollektiven befaßt haben.

JÜRGENSEN stieß in den von ihr durchgeführten Schwangerschaftskonfliktberatungen unerwartet häufig auf unverarbeitete Trennungstraumata, und sie sieht in der Konzeption den unbewußten Wunsch, eine Trennung ungeschehen zu machen, in dem durch die Schwangerschaft an dem verlorenen guten Objekt, bzw. an der ersehnten oder verlorenen guten Beziehung festgehalten werden soll. Jedoch machte die Abtreibung "diesen Versuch als zwanghafte Wiederholung der negativen Erfahrungen auf dem Boden unbewußter Haß- und Schuldgefühle zunichte" (JÜRGENSEN et al. 1982, S. 119).

Im Untersuchungsgut der vorliegenden Arbeit waren zwei ähnlich gelagerte Fälle feststellbar, wo Frauen, die eine bereits länger zurückliegende Trennung nicht verkraftet hatten, ungewollt schwanger wurden.

Die unerwünschte Schwangerschaft in der Adoleszenz ist nach MERZ, dessen Studie sich auf ein jugendliches Kollektiv konzentriert, "Ausdruck und Symptom einer gestörten Entwicklung" (MERZ 1979, S. 31). Bei den betroffenen Mädchen sind

drei wesentliche Konflikte einer jeden adoleszenten Entwicklung in besonderer Weise verschärft, es handelt sich dabei um den Loslösungskonflikt, die Bedrohung der narzißtischen Homöostase und die Auseinandersetzung mit der Realität des Todes. MERZ versteht die auf bewußter Ebene unerwünschte Schwangerschaft als unbewußten Austragungsmodus der oben genannten Konflikte. Im Rahmen des Loslösungskonfliktes dient die Gravidität zur Befriedigung der eigenen, infantilen, regressiven Wünsche, vor allem der kaum verhüllte Wunsch, nicht allein sein zu müssen. MERZ weist auf den Zusammenhang zwischen der Schwangerschaft und dem brüchigen Selbstwertgefühl der betroffenen Mädchen hin und interpretiert die unerwünschte Gravidität "als eine Art unbewußten Selbstheilungsversuch" (ebenda, S. 37). Den in ihrem Narzißmus massiv verunsicherten Patientinnen dient die Schwangerschaft, so vermutet MERZ, dazu, die narzißtische Lücke auszufüllen, denn Schwangerschaft geht mit Zunahme des Narzißmus einher. In der Auseinandersetzung mit dem Tod kommt der Schwangerschaft eine reparative Funktion zu. MERZ sieht in der Schwangerschaft eine archaische Weise, den Tod zu bekämpfen, indem ihm ein neues Leben entgegengesetzt wird.

Die Ausführungen von MERZ ließen sich im vorliegenden Kollektiv in einer Reihe von Fällen bestätigen. Mehrfach zeigte sich bei den jüngeren Patientinnen das Bedürfnis, die negativen Erfahrungen in der eigenen Familie, verbunden mit der Enttäuschung über mangelnde Liebe und Zuwendung und die darüber hinaus bestehende Unsicherheit und Zukunftsangst mit Hilfe eines Kindes zu kompensieren, um mit dem Aufbau einer eigenen Familie, die allen als Ideal vorschwebt, eine feste Basis zu erlangen, die ihnen selbst Sicherheit gibt, und ermöglicht, all das besser zu machen, was sie an sich selbst als Versäumnis erfahren haben.

MENNE/MOERSCH sehen in verborgenen intrapsychischen Konflikten und in Parnterkonflikten die Ursache für ungewollte Schwangerschaften und den Wunsch nach deren Abbruch. Als in-

trapsychischen Konflikt begreifen sie den Konflikt zwischen dem unbewußten Wunsch nach einem Kind und dem Schuldgefühl aus ödipalen Quellen. Ausgehend von der psychoanalytischen Theorie, die den Wunsch der Frau nach einem Kind aus dem Ödipus-Komplex erklärt, verstehen MENNE/MOERSCH die ungewollte Schwangerschaft als nicht gelungene Auflösung der ödipalen Triade, bedingt durch das

> "innere Festhalten am Vater, welches jede Schwangerschaft zur Erfüllung der ödipalen Phantasie werden läßt, und die regressive Identifizierung mit der Mutter, die jede eigene Sexualität ausschließt" (MENNE/MOERSCH 1980, S. 130).

Neben diesem intrapsychischen Konflikt stellten MENNE/MOERSCH typische Konfliktsituationen in der Partnerbeziehung fest, die bei der Entstehung einer unerwünschten Gravidität eine Rolle spielen und den Wunsch nach deren Abbruch bedingen. Sie unterscheiden zwischen stabiler Beziehung, wo eine Schwangerschaft eintritt zu einem Zeitpunkt der Auseinandersetzung über nicht widerrufbare Verhütungsmaßnahmen, und instabile Beziehungen, wo eine gemeinsame, dauerhafte Zukunft unsicher ist, dort kommt es zur Schwangerschaft, um die gemeinsame Beziehung sicherzustellen. Häufig wird auch ein Abbruch gewünscht, weil die Partnerschaft einer weiteren Belastung nicht mehr standhalten würde. Quasi in einem letzten Versuch, die Beziehung zu retten, wird ihr das Kind geopfert, das Opfer ist jedoch vergeblich, die Partner trennen sich nach dem Abbruch.

Die von MENNE/MOERSCH beschriebenen Konfliktkonstellationen in der Partnerschaft ließen sich bei einem Teil der für die vorliegende Studie befragten Frauen eindeutig nachvollziehen, wobei sich in erster Linie bei den jüngeren, ledigen Frauen die Vermutung als zutreffend erwies, daß hier die Schwangerschaft unbewußt den Versuch implizierte, eine Entscheidung bezüglich der Zukunft der Partnerbeziehung herbeizuführen. Bedeutsam erscheint dabei, daß in fast allen diesen Fällen nach dem Abbruch die Trennung vom Partner erfolg-

te, teilweise auch bereits vorher.

OETER, als Vertreter des psycho-sozialen Erklärungsansatzes, äußert vehemente Kritik an "einer einseitig psychoanalytischen Perspektive", der er vorwirft, "daß eine systematische Untersuchung der äußeren Objekte und Schwierigkeiten selbst als eigenständige Erkenntnisobjekte" weitgehend vernachlässigt wird (OETER 1982, S. 143). Aufgrund seiner Studien stellt OETER fest, daß sich die Problematik nicht auf die intrapsychische Dimension reduzieren läßt und führt aus, daß "auch ganz handfeste materielle Probleme bei der Bewältigung der entstehenden Alltagsprobleme" vorliegen (ebenda, S. 148).

Die Bedeutung materieller Gesichtspunkte im Zusammenhang mit der Frage Abbruch der Schwangerschaft oder Austragen des Kindes ist evident, es erscheint allerdings wesentlich, darauf hinzuweisen, daß dieser Aspekt allenfalls als Argument für die Entscheidung der Frau zum Schwangerschaftsabbruch angesehen werden kann, dieser jedoch keinen Beitrag leisten kann zu der im Zentrum der psycho-analytischen Herangehensweise stehenden Frage, aus welchen Gründen eine Frau überhaupt ungewollt schwanger wird.

In der vorliegenden Untersuchung wurde deutlich, daß häufig eine Diskrepanz besteht zwischen dem von den betroffenen Frauen als ausschlaggebend benannten Beweggrund für ihre Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch und der konfliktbehaften Problematik der Frau zum Zeitpunkt der Empfängnis, die im Verlaufe des Gesprächs bei der Nachuntersuchung evident wurde und die sowohl in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Konzeption gesehen werden muß, wie auch als treibende Motivation zum Abbruch benannt werden kann. Als typisches Beispiel sei hier der Beziehungskonflikt genannt, der vor allem bei jüngeren Frauen häufig gemeinsam mit der von GOEBEL beschriebenen Schwellensituation bei lebenswichtigen Entscheidungen (s.u.) wirksam war, wobei in diesen Fällen als Beweggrund zum Abbruch zunächst ausnahmslos materielle Aspek-

te(kein Geld, kleine Wohnung, Abhängigkeit von den Eltern) angeführt wurden und die spezifische Problematik erst durch gezieltes Nachfragen zutage trat.

GOEBEL kritisiert zu Beginn seiner Studie, die sich mit der Motivation zum Schwangerschaftsabbruch befaßt, zu Recht, daß die analytisch orientierten Autoren "soziale Umstände und Gegebenheiten wie z.B. den praktizierten Antikonzeptionsschutz weitgehend vernachlässigen" (GOEBEL 1984, S. 9). Er geht nun in seiner Arbeit einen Schritt weiter, indem er, ausgehend vom psycho-analytischen Ansatz, psycho-soziale Aspekte mit in seine Untersuchung einbezieht. Nach GOEBEL ist eine unerwünschte Schwangerschaft nicht als ein zufälliges Ereignis anzusehen, sondern sie hat eine Funktion in der psychischen Organisation der betroffenen Frau. Den Abbruch einer ungewollten Gravidität versteht GOEBEL "als Ausdruck eines Versuchs, einen aktuellen intra- wie interpersonellen Konflikt zu lösen" (ebenda, S. 21). Zur Analyse dieser Funktion differenziert GOEBEL in seiner Studie verschiedene psycho-soziale Situationen zum Konzeptionszeitpunkt.

Analog zu GOEBEL soll auf einige Konfliktsituationen vertiefend eingegangen werden, da die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung vermuten lassen, daß ähnliche Konfliktstrukturen bei den hier befragten Frauen vorlagen:

- Störung der weiblichen Geschlechtsidentität
  Die Schwangerschaft dient in diesen Fällen der Idenditätsfindung. (Kurzbiographien Nr. 9, 15, 16, siehe Anhang)

- Schwellensituation in der Partnerschaft
  Die Gravidität soll hier zur Klärung der Beziehung bei unsicherer gemeinsamer Zukunft beitragen. (Kurzbiographien Nr. 16, 18, siehe Anhang)

- Lebenswichtige Entscheidung und Schwellensituation
  Die Schwangerschaft tritt zu einem beruflich ungünstigen

Zeitpunkt ein - Beendigung der Schule, Lehre, Studium, und geht mit Angst vor der Übernahme von Verantwortung und entsprechenden regressiven Bedürfnissen einher. (Kurzbiographien Nr. 4, 9, siehe Anhang)

- Trennungskonflikt
  Die Schwangerschaft hat hier nicht die Funktion, die Trennung zu verhindern, sondern erleichtert den Frauen durch die Stärkung des Selbstwertgefühls emotional die Trennung und zeigt dem Partner, wie schlecht er ist. (Kurzbiographien Nr. 21, 24, siehe Anhang)

- Ablösungskonflikt
  Dieser Konflikt betrifft zum einen junge Frauen, denen es schwerfällt, sich von ihren Eltern zu lösen, zum anderen ältere Frauen, die sich nicht von ihren Töchtern trennen können. (Kurzbiographien Nr. 9, 10, siehe Anhang)

- Alterskonflikt
  Dieser wird aktualisiert durch das Herannahen der Wechseljahre und die Schwangerschaft impliziert eine nochmalige Demonstration der weiblichen Vollwertigkeit. (Kurzbiographien Nr. 2, 5, 6, 20, siehe Anhang)

- Reaktion auf geplante Sterilisation
  Die Schwangerschaft dient hier der Demonstration der Konzeptionsfähigkeit und soll die emotionale Bewältigung der Sterilisation erleichtern. (Kurzbiographie Nr. 23, siehe Anhang)

Das Spezifikum des für die vorliegende Studie untersuchten Kollektivs scheint zu sein, daß in diesen Fällen die Konflikte kumulieren, daß hier häufig ein ganzer Konfliktkomplex vorliegt (lag), was die Vermutung zuläßt, daß hierin auch der Grund für die "späte" Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch zu sehen ist. Darüber hinaus darf nicht außer Acht gelassen werden, daß in einer Reihe von Fällen zusätz-

lich zu den bestehenden Konflikten psychiatrische Grunddiagnosen vorlagen, wie beispielsweise Angstneurose, Entwurzelungsdepression, Psychose.

Wie auch bei GOEBEL muß allerdings konstatiert werden, daß bei einem Teil der untersuchten Frauen diese Konfliktsstrukturen nicht in dieser Weise ausgeprägt waren, bzw. nachvollziehbar waren.

Im Rahmen der Beratung kommt der Aufdeckung dieser Konflikte eine entscheidende Bedeutung zu.

Schließlich gilt es zu klären, inwieweit sich aus den Untersuchungsergebnissen Konsequenzen für den psychiatrischen Gutachter ableiten lassen, der zu entscheiden hat, ob eine psychiatrische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch vorliegt.

Eine Reihe von Autoren haben sich mit der Bedeutung der Beratung abbruchswilliger Frauen und den dabei entstehenden Schwierigkeiten sowie den Aufgaben und der Funktion des Beraters auseinandergesetzt. Es soll nun im folgenden weniger um die Schwangerschafts-Konflikt-Beratung im allgemeinen gehen,[1)] als vielmehr um psychiatrische Aspekte bei der psychischen Betreuung und Beratung abbruchswilliger Frauen.

Häufig suchen die Frauen in der Beratung bzw. Begutachtung ausgesprochen nach einer Über-Ich-Entlastung (GREVE 1982). Der Forderung von MERZ, den Patientinnen zu helfen,

> "den Gutachter nicht als moralische Instanz, sondern als eine Hilfs-Ich-Figur zu erleben, von der sie Verständnis für ihre Konflikte und Unterstützung bei der Bewältigung erwarten können" (MERZ 1979, S. 78),

---

1) vgl. dazu die Beiträge in KOSCHORKE, M., SANDBERGER, F.D., Schwangerschafts-Konflikt-Beratung, Göttingen 1978 und KOSCHORKE, M., Schwangerschaftskonflikt-Beratung als Hilfe in einer Lebenskrise, in: Die ungewollte Schwangerschaft, a.a.O. und AMENDT, G., Schafft die Zwangsberatung ab!, in: Psychologie heute, Juni 1979

ist sicher nicht nur im Falle jugendlicher Patientinnen zuzustimmen. MERZ spricht sich dafür aus, die von seiten der Frauen dem Therapeuten zugewiesene Über-Ich-Funktion bewußt zu übernehmen und "zur Entlastung der Patientin von Schuld- und Entwertungsgefühlen zu verwenden" (ebenda, S. 84). Das Ziel der therapeutischen Betreuung sieht er darin, den Frauen eine angemessene Auseinandersetzung mit dem Schwangerschaftsabbruch zu ermöglichen, um zu der von ihnen getroffenen Entscheidung stehen zu können.

MENNE/MOERSCH weisen auf die Gefahr hin, daß die Frauen in dieser Situation leicht geneigt sind, die Verantwortung auf die Entscheidungsinstanz, den Gutachter, zu delegieren; "so brauchen sie sich ihrem eigenen konflikthaften Erleben nicht zu stellen" (MENNE/MOERSCH 1980, S. 138).

Auf die Notwendigkeit, den Patientinnen überhaupt ein Konfliktbewußtsein zu vermitteln, um eine Auseinandersetzung mit der eigenen Problematik zu ermöglichen, hat GREVE hingewiesen und betont, daß dies häufig mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist, da die Gravidität zum Projektionsfeld aller Probleme gemacht wird und die Wünsche der Frauen nur auf den Abbruch hin ausgerichtet sind. GREVE stellt fest, daß in vielen Fällen mit der Gravidität,

> "die als untragbar erlebt wird, eine vorher mehr oder weniger latent gebliebene seelische Störung dekompensiert, als solche ins Bewußtsein tritt und Leidensdruck verursacht" (GREVE/SCHRÖDER 1977, S. 60).

In dieser Situation ist eine Verleugnung der inneren Problematik nicht mehr möglich, "es scheint so, als ob die Abwehr eines bis dahin unbewußten Konfliktes abzubröckeln beginnt" (ebenda, S. 60).

Die Autoren stimmen darin überein, daß es für die Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs von entscheidender Bedeutung ist, inwieweit die betroffene Frau Gelegenheit hatte, sich vor dem Eingriff mit den verschiedenen Problemaspekten

auseinanderzusetzen und den Abbruch als *ihre* Entscheidung zu erfahren (GREVE 1977, MENNE/MOERSCH 1980).

Im Zusammenhang mit der Beratung/Begutachtung ist selbstverständlich die Einschätzung der Möglichkeit einer ungünstigen Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs und daraus resultierende psychische Folgen von wesentlicher Bedeutung, die jedoch hier nicht Gegenstand der Diskussion ist.[1)]

Ein besonderes Problem im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung stellt die Beurteilung der Suicidalität dar. Das Ausmaß der Selbstmord-Gefährdung bei unerwünschter Schwangerschaft wird in der Literatur sehr unterschiedlich beurteilt (DIEDERICHS 1976). So behauptet BINDER, "daß die psychische Reaktion auf unerwünschte Schwangerschaft nur selten zum wirklich vollzogenen Selbstmord führt" (BINDER 1951). Er schränkt jedoch ein, daß es sich anders verhält,

> "wenn eine Schwangere von ungünstig stigmatisierter prägravider Seelenverfassung, die zudem in schweren Konflikten steht, ernsthafte Suicidabsichten vorbringt" (ebenda, S. 258).

Nach GLAUS erhöht sich die Selbstmordgefahr bei Schwangeren, wenn Suicidversuche vorausgegangen sind. Da es aber, wie WYSS betont, kein sicheres Kriterium gibt, anhand dessen sich unterscheiden ließe, welche der Schwangeren ihre Suicidgedanken möglicherweise in die Tat umsetzt, obliegt die Einschätzung der Ernsthaftigkeit solcher Äußerungen allein dem Ermessen des Gutachters (GLAUS 1948, WYSS 1958).

---

1) vgl. dazu die von BUCK zusammengestelle, umfangreiche Literatursammlung: BUCK, W., Psychische Folgezustände des legalen Schwangerschaftsabbruchs, Medizin. Diss., Hannover 1976 und die auf der Basis dieser Untersuchung entstandene Aufstellung prognostischer Faktoren bezüglich der Bedingungen für die seelischen Folgen von legalem Schwangerschaftsabbruch, aufgeführt und kommentiert in PETERSEN, P., Seelische Folgen nach legalem Schwangerschaftsabbruch, in: Deutsches Ärzteblatt, 18/1977. Nach PETERSEN läßt sich die Wahrscheinlichkeit einer ungünstigen Verarbeitung des Abbruchs aufgrund dieser Prognosekriterien einschätzen.

Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Studie läßt sich im Hinblick auf die Gutachtertätigkeit des Psychiaters folgendes feststellen: Es wurde deutlich, daß sich die aktuellen Konfliktstrukturen derjenigen Frauen, die zur psychiatrischen Begutachtung überwiesen werden, inhaltlich nicht wesentlich von den Konflikten derer unterscheiden, die in Beratungsstellen zu einem früheren Zeitpunkt um Schwangerschaftsabbruch nachsuchen, jedoch ist zum einen die Intensität des Konflikts in den erstgenannten Fällen noch verschärft, und zum anderen lagen bei den untersuchten Frauen in einzelnen Fällen darüber hinaus psychiatrische Grunderkrankungen vor.

Es konnte weiterhin festgestellt werden, daß die betroffenen Frauen sich in bezug auf die Entscheidungsfindung, wie auch im späteren Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch unterscheiden, was sich nicht zuletzt in ihrem Verhalten in der Beratung/Begutachtung äußert.

Demzufolge wird der Gutachter mit zwei verschiedenen Situationen konfrontiert.

Bevor dies näher präzisiert wird, sei noch auf eine Beobachtung hingewiesen.

Die Tatsache, daß die meisten Frauen in der psychiatrischen Begutachtung einen infantilen Eindruck machten und sich selbst als hilflos und unsicher in dieser Situation beschrieben, jedoch in der Nachuntersuchung in den seltensten Fällen infantil wirkten, läßt vermuten, daß diese spezifische Situation beim Gutachter, geprägt durch Angst und Verzweiflung, die Frauen in eine sehr regressive Haltung versetzt und sie hilfloser und infantiler erscheinen läßt, als sie es tatsächlich sind.

Diejenigen Frauen, die sich sofort zum Abbruch entschlossen haben, sind offenbar nicht an einer tiefergehenden Beratung

interessiert. Es dürfte schwierig sein, vielleicht sogar im Sinne einer Labilisierung der mühsam gewonnenen Stabilität gefährlich, diesen Frauen ein Konfliktbewußtsein zu vermitteln, da sie jegliche Auseinandersetzung mit ihrer persönlichen Problematik abwehren. Diese Abwehrhaltung ermöglicht es den Frauen auch, hinterher den Abbruch relativ problemlos zu verkraften. Die Bestätigung von seiten des Gutachters sanktioniert zusätzlich soweit, daß eigene Zweifel weitgehend abgewehrt/eingedämmt werden können. In diesen Fällen scheint die Über-Ich-Entlastung offenbar die wesentliche Kraft zu sein. Die Suicidgefahr erscheint bei diesen Frauen weniger gravierend, da sie fest in ihr soziales Gefüge (Ehe, Kinder) eingebunden sind, jedoch sollte man sich davor hüten, die Ernsthaftigkeit diesbezüglicher Gedanken und Äußerungen in Frage zu stellen, da es gerade in diesen Fällen aufgrund der mangelnden Offenheit und Gesprächsbereitschaft dieser Frauen schwer zu ermessen ist, was tatsächlich in ihnen vorgeht.

Erfahrungsgemäß dürfte eine eingehende Beratung, die an die Reflexions-/Konfliktbereitschaft appelliert und auch Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch miteinbezieht, an der notwendigen inneren Abwehrmauer dieser Frauen abprallen.

Sehr viel mehr ist bei denjenigen Frauen, die im Grunde, auch wenn sie mit dem scheinbar festen Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch in die Beratung kommen, immer noch im Entscheidungsprozeß stehen, eine eingehende Beratung nicht nur möglich, sondern geradezu notwendig. Auch diese Frauen erscheinen in der Beratung fest zum Schwangerschaftsabbruch entschlossen. Nach dem Erhalt der Zusage oder aber nach der Durchführung des Eingriffs, werden sie sich ihrer ambivalenten Gefühlseinstellung wieder bewußt und aktualisieren diese in Selbstzweifeln und Schuldgefühlen. Zwar ist auch hier die Bestätigung durch den Gutachter und sein Verständnis für die Entscheidung von großer Bedeutung, jedoch scheint die Über-Ich-Entlastung in diesen Fällen in geringerem Maße zu funk-

tionieren. Ein Umstand, der kaum erstaunt, hält man sich vor Augen, daß bei diesen Frauen durch die ungewollte Schwangerschaft und deren Abbruch eine Auseinandersetzung mit sich selbst und ihrer eigenen, konflikthaften Lebenssituation ausgelöst wurde. Man kann davon ausgehen, daß in diesen Fällen die unerwünschte Gravidität deutlich mit dem Versuch einer Konfliktlösung verbunden war. Diese Frauen suchen in der Beratung/Begutachtung nicht nur Verständnis und Unterstützung in ihrer momentanen Situation, sondern sie erhoffen sich mehr oder weniger bewußt konkreten Rat und Hilfe, wie es in Zukunft weitergehen soll.

Die Suicidalität ist aufgrund der mangelnden sozialen Bindungen und Verpflichtungen dieser Frauen als sehr viel gravierender anzusehen.

Es ist evident, daß diese Frauen in einem ganz erheblichen Maße auf ein eingehendes Beratungsgespräch angewiesen sind.

Grundsätzlich sollte allen Frauen, die zur psychiatrischen Begutachtung überwiesen werden, ein Gesprächstermin nach dem Eingriff angeboten, wenn möglich sogar fest vereinbart werden. Da jedoch anzunehmen ist, daß in den meisten Fällen ein solcher Termin aus verschiedensten Gründen doch nicht wahrgenommen wird, sollten die betroffenen Frauen in der Beratung über existierende therapeutische Gesprächsgruppen informiert werden, in denen sie ihre Erfahrungen und Probleme erörtern können.

Auf das Fehlen einer routinemäßigen psycho-therapeutischen oder sozio-therapeutischen Betreuung im post-stationären Bereich (DIEDERICHS 1976) kann nicht genug hingewiesen werden. Darüber hinaus sollte in den Fällen, wo sich eine ausgeprägte Ambivalenz feststellen läßt, ein zweiter Beratungstermin offeriert werden, um den Frauen die Gelegenheit zu geben, über die in der Beratung angesprochenen Aspekte in Ruhe nachzudenken. PETERSENs Empfehlung, "erst in der zweiten Sitzung

die endgültige Entscheidung" zu fällen, kann auch dazu führen, daß die Frau, solange sie weiter im Unklaren gelassen wird, sicher keine Chance zur Auseinandersetzung mit sich selbst erhält (PETERSEN 1977). Vielmehr sollte das zweite Gespräch der spezifischen Problematik der Frau und ihrer überdachten Entscheidung dienen und nicht erneut der Entscheidungsfindung des Gutachters.

Abschließend sei auf die enorme Verantwortung der niedergelassenen Gynaekologen/innen im Schwangerschaftskonflikt hingewiesen. Ihr Einfluß auf das Kontrazeptionsverhalten muß verstärkt werden (GOEBEL 1984), da sie durch präventive Beratung maßgeblich dazu beitragen können, die Entstehung ungewollter Schwangerschaften zu verhindern.

Dabei ist es weder mit dem Aushändigen einer Informationsbroschüre über Kontrazeptiva, noch mit dem Griff zum Rezeptblock getan. Vielmehr muß in einem ausführlichen persönlichen Gespräch die Situation der Frau, ihre Partnerschaft, ihre Wünsche, resp. Kinderwunsch, und ihre Ängste ausgelotet werden. Eine sinnvolle Beratung zur Wahl der Verhütungsmethode, die den Bedürfnissen der Frau Rechnung trägt, ist nur in einer genaueren Kenntnis der Lebensumstände dieser Frau möglich. Zweifellos nimmt ein solches Vorgehen ein gewisses Maß an Zeit in Anspruch.

7. ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der psychiatrischen Indikation beim Schwangerschaftsabbruch. Sie war von der Intention geleitet, mehr Informationen über die persönlichen Konflikte von Frauen zu erhalten, die mit dem Wunsch nach Abbruch ihrer Schwangerschaft nach der 12. Woche begutachtet worden waren, und herauszufinden, inwieweit diese Frauen durch das Erlebnis des Abbruchs beeinflußt worden sind, und ob die Konflikte möglicherweise nach dem erfolgten Eingriff gelöst werden konnten.

Von insgesamt 71 Frauen, die sich zwischen 1979 und 1982 beim Sozialmedizinischen Dienst Charlottenburg mit dem Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch vorgestellt haben und zur Frage der psychiatrischen Indikation zur Begutachtung überwiesen worden waren, wurden 24 Frauen nachuntersucht. Es erfolgte eine ausführliche Befragung, die Untersuchungstechnik war die Methode des offenen Interviews.

Der vorliegenden Studie lag die Hypothese zugrunde, daß in den hier untersuchten Fällen eine verstärkte Ambivalenz vorliegt, aus der wiederum das Verhalten der Frauen vor dem Schwangerschaftsabbruch und dessen Verarbeitung hinterher resultiert.

Im Hinblick auf die Untersuchungsergebnisse lassen sich neben einer Reihe von Gemeinsamkeiten auch wesentliche Unterschiede in den Aussagen der Frauen konstatieren, die zur Unterteilung der Befragten in zwei numerisch gleichgroße Gruppen führten.

Es konnte festgestellt werden, daß die betroffenen Frauen sich in bezug auf die Entscheidungsfindung, wie auch in ihrem späteren Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch, unterscheiden, was sich nicht zuletzt in ihrem Verhalten in der Beratung/Begutachtung äußert.

Das Spezifikum der für die vorliegende Studie untersuchten Gruppe ist, daß sich in diesen Fällen die Konflikte kumulieren, daß hier häufig ein ganzer Konfliktkomplex vorliegt. Hierin ist wohl auch der Grund für die "späte" Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch zu sehen.

Abschließend befaßt sich die Arbeit mit psychiatrischen Aspekten bei der psychiatrischen Betreuung und Beratung abbruchswilliger Frauen.

8. A N H A N G

KURZBIOGRAPHIEN DER NACHUNTERSUCHTEN FRAUEN

Kurzbiographie 1

Frau B., 38, wuchs in der Türkei auf. Sie erlernte keinen Beruf, heiratete 1961 und hatte 5 Schwangerschaften. Das älteste Kind starb nach 5 Monaten, die anderen Kinder sind jetzt 17, 14, 11 und 4 Jahre alt. Die als Stationshilfe tätige Patientin hatte geglaubt, nicht mehr schwanger werden zu können. Sie bemühte sich ohne Wissen ihres Mannes um den Abbruch der Schwangerschaft, da sie sich der Belastung durch ein weiteres Kind auf keinen Fall gewachsen fühlte. Zudem fürchtete sie um ihren Arbeitsplatz und die daraus entstehenden finanziellen Folgen für die ohnehin sozial schwach gestellte Familie.

Trotz Befürwortung des Antrages auf Schwangerschaftsabbruch entschloß sich Frau B., unter dem massiven Druck von seiten ihres Ehemannes, der inzwischen von der Schwangerschaft erfahren hatte, zum Austragen des Kindes.

In der Nachuntersuchung äußerte Frau B. sich froh darüber, daß sie ihr Kind zur Welt gebracht hat, jedoch war nicht zu übersehen, daß die stark vorgealterte Frau einer enormen Belastung ausgesetzt ist. Sie muß ihr Kind, um weiter berufstätig sein zu können, unter der Woche zu Pflegeeltern abgeben, und kann sich nur am Wochenende selber darum kümmern, worunter sie offenbar sehr leidet. Vermutlich verursacht dies auch Schuldgefühle, eine genauere Befragung diesbezüglich war jedoch unter den ohnehin schon erschwerten Gesprächsbedingungen aufgrund von sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten nicht möglich.

Kurzbiographie 2

Frau B. ist 37 Jahre alt. Sie hatte Pädagogik und Kunst studiert, bevor sie 1966 heiratete. 1970 wurde die Ehe geschieden. Die beiden Kinder aus dieser Ehe, 15 und 13 Jahre alt, leben beim Vater. Ein 3. Kind wurde 1971 geboren und ist bei einer Pflegefamilie untergebracht, zu der Frau B. sporadisch Kontakt hält. Die anderen Kinder sieht sie gar nicht mehr. Ihr wurde für alle drei Kinder das Sorgerecht entzogen.

Frau B. erkrankte 1975 (31jährig) erstmals und mußte in die Nervenklinik Spandau eingewiesen werden. Es wurde bei ihr eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis festgestellt, die in den folgenden Jahren zu mehreren stationären Aufenthalten in verschiedenen Nervenkliniken führte. Seit 1978 wird sie von der sozial-psychiatrischen Abteilung in der Platanenallee betreut, wo sie zur Zeit in der Nachtklinik aufgenommen ist, da sie durch die Krankheit ihre Wohnung verloren hat. Sie hatte seit längerer Zeit keine feste Freundschaft mehr, sie sei frigide geworden. Die Schwangerschaft stammte von einem früheren Freund, den sie noch ab und zu getroffen hat. Frau B. hatte an sich eine Spirale, vermutete jedoch, daß diese bei einer außergewöhnlich starken Blutung vor 4 Monaten mit abgegangen sei. Sie hatte anfangs gedacht, daß sie das Kind austragen könnte und wollte, in der Hoffnung, damit ein neues Leben aufbauen zu können. Sie mußte aber einsehen, daß sie damit dieses Kind mißbrauchen würde und sie selbst sich dieser Aufgabe nur sehr schwer gewachsen sieht.

Bei der psychiatrischen Untersuchung wirkte Frau B., die regelmäßig Imap und Akineton bekommt, leidlich kompensiert. Als Restsymptomatik bestand eine gewisse Inadäquatheit in der Einstellung ihrer Lebenssituation gegenüber sowie eine Antriebs- und Interessenverminderung. Es wurde insgesamt ein nicht unerheblicher Niveauverlust deutlich.

Aufgrund der erheblichen Gefahr einer Dekompensation mit Exazerbation einer floriden psychotischen Symptomatik wurde der Antrag befürwortet.

Im Interview erzählte Frau B., daß sie sich über die Schwangerschaft sehr gefreut hat und entschlossen war, das Kind zu behalten, obwohl sie sich der Problematik ihrer Situation völlig bewußt war. Daher hat sie auch ihrem Sozialarbeiter lange nichts von der Schwangerschaft erzählt, da sie befürchtete, daß ihr auch dieses Kind, wie die anderen, weggenommen wird. Aus Pflichtbewußtsein hat sie ihre Ärztin dann doch informiert, sich jedoch vehement gegen einen Schwangerschaftsabbruch gesträubt. Die Entscheidung sei nur unter Druck gefällt worden, sie habe sich schließlich überzeugen lassen, daß es nicht geht.

Sie wollte sich auch schon früher mehrfach das Leben nehmen, vor allem nach dem Verlust der Kinder, da sie nicht mehr wußte, wofür sie eigentlich lebt. Nur die Angst, verstümmelt gerettet zu werden, hielt sie davon ab.

Der Schwangerschaftsabbruch hat Frau B. innerlich sehr berührt, auch wenn sie das nach außen nicht so gezeigt hat. Sie hatte hinterher intensive Träume, vor allem von ihren eigenen Kindern hat sie viel geträumt, worunter sie sehr gelitten hat. Es gab auch Momente, in denen sie den Abbruch bereut hat. Im Grunde hat sie den Gedanken an den Abbruch und die Sterilisation verdrängt, sie hat akzeptiert, daß sie sich überreden ließ und daß damit jetzt das Kapitel Kinder für sie abgeschlossen ist. Vernunftsmäßig habe sie sicher richtig gehandelt und sie habe den Abbruch auch mittlerweile verkraftet, aber über den Verlust der Kinder würde sie wohl nie hinwegkommen.

Durch die jahrelange Medikamenten-Einnahme hat sich ihre Persönlichkeit sehr stark verändert, sie sei frigide geworden und habe ihre Identität als Frau verloren. Eine neue Partner-

schaft erscheine ihr daher unvorstellbar. Infolge der Krankheit habe sie alles verloren, ihre Kinder, den langjährigen Freund, die eigene Wohnung, Freundinnen. Mit ihren Problemen fühle sie sich allein gelassen, weder mit dem Sozialarbeiter noch mit ihrer Ärztin könne sie über alles reden.

Als positive Zukunftsperspektive nannte Frau B. die Aussicht auf eine eigene Wohnung, schränkte jedoch sogleich ein, "wer einmal drin war, muß auch drin bleiben".

Frau B. äußerte sich sehr differenziert, vereinzelt fielen inadäquate Reaktionen auf, wenn sie über leidvolle Erfahrungen sprach und dabei lachte. Das zentrale Thema des Gesprächs war neben dem Identitätsverlust der Verlust der Kinder und die Unmöglichkeit, noch einmal schwanger werden zu können.

Kurzbiographie 3

Frau B., 31, ist in Spandau aufgewachsen, hat eine Ausbildung als Arzthelferin absolviert und war anschließend in der Psychiatrie als Krankenpflegerin tätig. Sie ist seit 10 Jahren verheiratet, ihre Kinder sind 10, 7 und 2 Jahre alt. In der Ehe gab es anfangs erhebliche Schwierigkeiten, da ihr Mann sehr stark getrunken hat. Sie hatte einmal bereits eine Scheidung beantragt. Vor 10 Jahren hat sie aus Verzweiflung über ihre eheliche Situation einen Suicidversuch mit Schlaftabletten unternommen. Seit 6 Jahren trinkt der Mann überhaupt nicht mehr. Frau B. hat kein Kontrazeptivum benutzt, nachdem 1977 ein IUP wegen Entzündung entfernt werden mußte. Die Eheleute haben "aufgepaßt". Neben den beengten Wohnverhältnissen und finanziellen Schwierigkeiten - Frau B. hatte soeben ihre Arbeit gekündigt, um mehr für die Kinder da sein zu können - war vor allem die Befürchtung, ihr Mann könne angesichts dieser Belastung wieder anfangen zu trinken, ausschlaggebend für Frau B.s Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch. Ihr Mann habe sich seit dem Wissen um die Schwangerschaft wieder verändert, sei unruhig und erregt.

Der Schwangerschaftsabbruch wirkte unmittelbar nach dem Eingriff belastend auf Frau B., was sich in Grübeln, Schlafschwierigkeiten und zeitweiligen Zweifeln an dessen Notwendigkeit äußerte. Mit der Entlassung aus dem Krankenhaus und der Rückkehr in die gewohnte Umgebung traten Gedanken an den Abbruch ganz in den Hintergrund. Sie ist heute überzeugt, die richtige Entscheidung getroffen zu haben, zur Verwirklichung ihrer jetzigen Lebenssituation. Frau B. möchte sich ein IUP einlegen lassen, z.Zt. nimmt sie kein Verhütungsmittel. Frau B. ist mit ihrem Leben zufrieden und beschreibt ihre Ehe als glücklich.

Im Gespräch verhielt sich Frau B. sehr zurückhaltend, fast ängstlich, sie ging kaum aus sich heraus.

Kurzbiographie 4

Die 27jährige Frau D., Einzelkind, hat an der PH Berlin Sport und Französisch studiert. Im Gespräch mit dem psychiatrischen Gutachter berichtete sie, daß sie seit Jahren an einem stark verminderten Selbstwertgefühl leide, sie habe erhebliche Probleme mit ihren Eltern und auch mit Partnern, eine gewisse Besserung sei nach einer dann abgebrochenen Therapie vor 4 Jahren eingetreten. Sie sei damals sehr depressiv gewesen und habe auch Suicidpläne gehabt. Sie habe auch zuweilen Probleme mit dem Alkohol.

Frau D., die seit 2 Jahren nach der Knaus-Ogino-Methode verhütet hat, stand kurz vor dem Examen, als die Schwangerschaft festgestellt wurde. Der Vater des Kindes war nach ihren Angaben eine Zufallsbekanntschaft, zu dem Mann bestand kein Kontakt mehr. Sie entschloß sich schließlich, die Schwangerschaft abbrechen zu lassen, da es ihr in ihrer Situation (allein, Examen, kleine Wohnung) unvorstellbar erschien, ein Kind zu bekommen. (Sie würde sich dann etwas antun.)

Es handelte sich bei der infantil wirkenden Frau D. um eine neurotische Entwicklung mit depressiven Zügen und möglicherweise auch Suchtneigung bei unausgereifter Persönlichkeit.

In der Nachuntersuchung stellte sich heraus, daß es sich bei dem Vater des Kindes um Frau D.s langjährigen Freund gehandelt hat, mit dem sie schon damals zusammenlebte und den sie mittlerweile geheiratet hat. Frau D. hatte bei der Beratung eine Zufallsbekanntschaft angegeben, weil sie glaubte, damit besser durchzukommen. Beide hatten gemeinsam die Entscheidung zum Abbruch gefällt, wegen der bevorstehenden Examen (er machte gerade seinen Jura-Abschluß) und wegen der beengten Wohnverhältnisse. Außerdem fühlte sich Frau D. noch nicht fertig genug für ein Kind und wollte vor allem kein ungewolltes Kind in die Welt setzen, "ein Kind paßte einfach nicht rein".

Mit der Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruches hatte Frau D. keinerlei Schwierigkeiten. Sie fühlte sich gut hinterher, die Entscheidung sei richtig gewesen, mehr gebe es von ihrer Seite nicht dazu zu sagen.

In der Nachuntersuchung sprach Frau D. in erster Linie von ihren schlechten Erfahrungen während ihres Krankenhaus-Aufenthaltes, wobei sie sich im höchsten Grade erbost und ärgerlich über das Verhalten von Ärzten und Schwestern äußerte. Sie beklagte sich ausführlich über deren mangelnde Hilfeleistung und abwertende Haltung, sprach von Kaltherzigkeit und Schlamperei.

Frau D. hatte ganz konkrete Zukunftsvorstellungen, u.a. Bemühung um eine Referendarstelle, evtl. Übersiedelung nach Frankreich, wobei sie den Eindruck erweckte, daß sie die Entscheidungen fällt und ihr Mann sich ihrer Meinung offenbar bereitwillig anschließt.

Frau D. wirkte in dem Gespräch sehr bestimmt und dirigierte auch eindeutig den Gesprächsverlauf, indem sie an ihrer Argumentation festhielt und eine Reihe von Fragen einfach überging, bzw. in ganz knappen Sätzen beantwortete. Neben einer deutlichen Abwehrhaltung zeigte Frau D. eine ausgeprägte Projektionsneigung.

Kurzbiographie 5

Bei der 38jährigen Frau G. besteht seit ca. 4 Jahren eine massive Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Wegen wiederholt auftretenden depressiven und suicidalen Zuständen befindet sie sich seit einem Jahr in nervenärztlicher Behandlung. Zuvor hatte sie bereits zwei Suicidversuche mit Alkohol und Tabletten unternommen, die zu einem längerfristigen stationären Aufenthalt in der Landesnervenklinik führten. Frau G., die aus einer Lehrerfamilie stammt, hat selbst mehrere Jahre lang Soziologie und Romanistik studiert. Nachdem sie ihr Studium abgebrochen hatte, war sie als Reiseleiterin in Paris ansässig. Nach zwischenzeitlicher Arbeitslosigkeit war sie zuletzt als Übersetzerin tätig, seit 2 Monaten besteht jedoch Arbeitsunfähigkeit.

Seit einem illegal durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nahm sie nach eigenen Angaben regelmäßig die Pille. Die ungewollt eingetretene Schwangerschaft wollte sie unter keinen Umständen austragen, da sie mit sich selbst nicht klar komme und ihr Leben nicht in den Griff bekommen könne. Ihr 46jähriger Partner, der selbst völlig mittellos ist, schreibt seit 10 Jahren an seiner Diplomarbeit.

Nervenärztlich wurde bei Frau D. eine schwere neurotische Persönlichkeitsstörung mit massiver Suchtproblematik und Verwahrlosungstendenz, sowie erhebliche Suicidgefährdung festgestellt.

Frau G. berichtete in der Nachuntersuchung, daß sie sehr lange gezögert habe, ob sie das Kind behalten solle, da sie einerseits auf eine Stabilisierung ihrer Beziehung gehofft habe und andererseits darin eine neue Lebensaufgabe gesehen habe. Der Partner, von dem sie sich ohnehin alleingelassen fühlte, lehnte das Kind jedoch völlig ab.

Den Abbruch der Schwangerschaft hat sie sehr schwer verkraf-

tet, was sie darauf zurückführte, daß sie große Angst hat, den Absprung nicht mehr zu schaffen. Zudem fühlt sie sich minderwertig, weil sie bisher kein Kind auf die Welt gebracht hat, andere Frauen kriegten ja auch Kinder unter großen Schwierigkeiten. Da sie auf die 40 zugeht, fürchtet sie nun, kein Kind mehr bekommen zu können.

Nach dem Abbruch hat sie sich von ihrem Partner getrennt und den Entschluß zu einem Entzugsversuch gefaßt, diesen jedoch bisher nicht in die Tat umgesetzt.

Die stark vorgealtert wirkende Frau G. versuchte den Grad ihrer Alkoholproblematik herunterzuspielen, von einer Sucht wollte sie nichts wissen, im Gegenteil stellte sie ihre Umwelt als gemein und bösartig dar, die sie zur Alkoholikerin abstempelt. Nicht nur hierin zeigte sich ihre ausgeprägte Projektionsneigung. Im Gespräch war ein ständiger Wechsel zwischen vordergründiger Einsicht und Verleugnung spürbar.

Kurzbiographie 6

Frau G., 36, wurde unehelich geboren, der Vater ist im Krieg gefallen. Als sie 10 Jahre alt war, beging ihr 21jähriger Bruder, Sohn aus der vorherigen Ehe der Mutter, Selbstmord. Sie hat ihn mit einer Gasvergiftung tot aufgefunden. Im selben Jahr heiratete die Mutter erneut. Wegen Trunksucht kam es zum Entzug des Sorgerechts und Frau G. mußte mit 15 Jahren ins Heim. Nach dem Hauptschulabschluß machte sie eine Lehre als Wurstverkäuferin. Mit 21 heiratete sie einen 4 Jahre älteren Maschinenarbeiter. Er brachte zwei inzwischen 19- bzw. 17jährige Kinder mit in die Ehe. Aus ihrer Ehe gingen 3 Kinder hervor (15, 13, 11). Die Ehe war außerordentlich schwierig, der Mann habe sehr viel getrunken, sei egoistisch und gelegentlich auch brutal gewesen. Er wurde wegen Brandstiftung (der eigenen Kneipe) zu 5 Jahren Gefängnis verurteilt, von denen er dreieinhalb Jahre absitzen mußte. Im November 1979 starb er an metastasierendem Magen-Ca.

Ihr neuer Partner, den sie seit einem dreiviertel Jahr kennt, wünschte sich sehnlichst ein Kind, woraufhin sie, die an sich kein Kind mehr wollte, die Pille wegließ.

Als sie von ihrer Schwangerschaft erfuhr, war sie zunächst erschrocken, freute sich dann aber zunehmend auf das Kind. Bis sie durch Zufall erfuhr, daß ihr Bekannter bereits verheiratet und Vater mehrerer Kinder ist und sie darüber hinaus um Geld betrogen hat. Neben finanziellen Gründen war in erster Linie die Enttäuschung über den Partner ausschlaggebend für Frau G.s Nachsuchen um den Abbruch der Schwangerschaft.

Psychiatrisch war eine Indikation zum Abbruch bei Frau G. nicht gegeben. Aus der Art, wie sie die Beziehung zu ihren Kindern darstellte, wurde deutlich, daß ein Abbruch bei ihrer mütterlich geprägten Wesensart eine erhebliche Belastung darstellen würde.

Frau G. berichtete in der Nachuntersuchung, daß sie nach der Ablehnung zunächst sehr niedergeschlagen war. In einer schlaflosen Nacht entschloß sie sich dazu, das Kind zu behalten, weil ihr klar wurde, daß sie einen Abbruch nicht ertragen würde. Entscheidend für diesen Entschluß war nach ihren Angaben das Gespräch mit dem Psychiater.

Heute ist sie sehr froh, das Kind bekommen zu haben. Zwar muß sie jetzt wieder voll arbeiten gehen und ist gezwungen, das Kind bei einer Pflegefamilie unterzubringen, so daß sie es nur abends sehen kann, was sie ziemlich belastet, "aber irgendwie schafft man es dann doch immer". Ihr Verhältnis zu diesem Kind ist nicht anders als zu ihren übrigen Kindern. Schuldgefühle habe sie nur für einen kurzen Moment verspürt.

Seit einem halben Jahr hat sie einen neuen Partner, mit dem sie sich sehr wohlfühlt. Sie nimmt jetzt wieder die Pille.

Frau G. wirkte im Gespräch ziemlich erschöpft und angestrengt, aber man hatte den Eindruck, daß sie zufrieden war.

Kurzbiographie 7

Frau H., 31, in Weimar geboren und aufgewachsen, war 3 Jahre lang in Ost-Berlin als Friseuse tätig. Dort lernte sie einen West-Deutschen kennen, mit dessen Hilfe sie, ihrem langjährigen Wunsch entsprechend, nach West-Berlin geflüchtet ist. Das Zusammensein mit diesem Mann erwies sich als große Enttäuschung für Frau H., da er Geld verspielte und sie auch geschlagen hat. Nach schweren Streitereien fand sie vorübergehend in einem Heim Unterkunft und bemühte sich um eine eigene Wohnung.

Zu diesem Zeitpunkt wurde ihre Schwangerschaft bei einem Arztbesuch zufällig festgestellt. Frau H., die seit einem Schwangerschaftsabbruch im Jahre 1972 die Pille einnahm, diese aber nach eigenen Angaben möglicherweise vergessen hatte, reagierte völlig verzweifelt. Keinen Moment lang konnte sie sich vorstellen, in ihrer Situation - Flucht, Neuanfang, Partnerkonflikt, Schulden (Fluchthilfe) - das Kind zu behalten.

In der psychiatrischen Begutachtung zeigte sich eine durch die Schwangerschaft hervorgerufene starke depressive Verzweiflung, die sich auf die schon vorher bestehende totale Verunsicherung und Ratlosigkeit im Sinne einer Entwurzelungsdepression aufpfropfte.

In der Nachuntersuchung versicherte Frau H., daß sie in jeder Hinsicht die richtige Entscheidung gefällt habe; sie habe den Abbruch nicht als seelische Belastung empfunden, sie sei glücklich gewesen, als es vorbei war. Frau H. hat sich anschließend endgültig von ihrem Partner getrennt, danach sei sie kurzfristig sehr verzweifelt gewesen, aus Enttäuschung und Wut über den Partner, mit dem Abbruch habe das nichts zu tun gehabt. Ein erneutes psychotherapeutisches Gespräch, welches ihr angeboten worden war, hielt sie nicht für nötig, da sie glaubt, mit ihren Problemen allein zurecht-

kommen zu müssen. Mit dem Wunsch nach Selbstentfaltung und der Hoffnung auf ein selbstbestimmtes Leben sei sie in den Westen gekommen und dies wolle sie um jeden Preis, auch mit großer Härte zu sich selbst, realisieren. Frau H. war sehr stolz darauf, daß sie sich mittlerweile eine Existenz aufgebaut hat, sie hat eine Stelle gefunden, die ihr sehr zusagt und lebt in einer schönen Wohnung. An einer festen Bindung hat sie im Augenblick kein Interesse.

Frau H. wirkte bei aller Energie und Entschlossenheit, die sie an den Tag legte, auch sehr nervös und fahrig. Man hatte den Eindruck, daß sie sich bis an die Grenzen ihres physischen Leistungsvermögens verausgabt, um ihre Lebensvorstellungen zu realisieren.

Kurzbiographie 8

Die 19jährige Frau H. hat eine Lehre in der Fleischerei abgeschlossen; als die Schwangerschaft festgestellt wurde, war sie arbeitslos. Sie hatte kein Verhütungsmittel benutzt, da sie sich mit ihrem Freund, den sie seit einem dreiviertel Jahr kannte, ein Kind wünschte. Die Freundschaft war aber zuletzt schlechter geworden und seit dem Wissen um die Schwangerschaft hatte sich der Freund zunehmend zurückgezogen und sie schließlich ganz verlassen. Seither sei sie aus Enttäuschung und Verzweiflung richtig durchgedreht und habe auch schon Tabletten gesammelt, sich jedoch nicht getraut, diese zu nehmen. Sie fühlte sich nicht reif genug für ein Kind und wußte vor allem nicht, wie sie es alleine durchbringen sollte.

In der Nachuntersuchung berichtete Frau H., daß sie sich zwar ein Kind gewünscht habe, dies jedoch nicht mit ihrem Freund besprochen habe, eine solche Reaktion hätte sie allerdings nie von ihm erwartet, die Mitteilung habe ihn überhaupt nicht interessiert, er sei dann gar nicht mehr in der gemeinsamen Wohnung erschienen.

Nach dem Eingriff hat sich Frau H. sehr elend gefühlt, bereits im Krankenhaus bekam sie Gewissensbisse und hätte am liebsten wieder alles rückgängig gemacht. In der Folgezeit machte sie sich schwere Vorwürfe, daß sie das Kind umgebracht hatte; mehrfach hatte sie nervliche Zusammenbrüche mit Weinkrämpfen und Schwindelanfällen, die sie schließlich dazu veranlaßten, eine gesprächstherapeutische Gruppe aufzusuchen. Der Kontakt zu anderen Frauen mit ähnlichen Erfahrungen und Auseinandersetzung mit der eigenen Problematik habe ihr sehr geholfen. Eine deutliche Besserung ihres Zustandes stellte sich jedoch erst ein, seit Frau H. mit einem neuen Partner zusammen ist, ein Jugendfreund, den sie per Zufall wiedertraf. Mittlerweile ist sie mit ihm verheiratet und erwartet ein Kind. Sie sei sehr glücklich mit ihm und

seit sie wisse, daß sie wieder schwanger ist, gehe es ihr richtig gut.

Frau H. war im nachhinein von der Richtigkeit ihrer Entscheidung überzeugt, trotz ihrer schlechten Verfassung nach dem Abbruch, die sie zu einem nicht geringen Maße auch auf die enorme Enttäuschung über ihren damaligen Partner zurückführte. Durch den Abbruch habe sich vieles in ihrem Leben verändert, sie habe viel über sich nachgedacht, sei reifer geworden und habe ein besseres Verhältnis zu sich selbst bekommen. Auch habe sich ihre Einstellung zur Partnerschaft und zum Thema Schwangerschaftsabbruch überhaupt geändert.

Frau H. war im Gespräch aufgeschlossen und lebhaft, sie wirkte burschikos und recht selbstbewußt, sie erschien auch im Umgang mit dem Ehemann recht dominierend.

Kurzbiographie 9

Die 20jährige Frau H., in Berlin geboren und aufgewachsen, hat seit ihrem 10. Lebensjahr sehr unter den starken Spannungen zwischen ihren Eltern gelitten, die sich vor kurzem scheiden ließen. Mit 14 Jahren unternahm sie einen Selbstmordversuch mit Schlaftabletten. Die Eltern sind beide krebskrank, die Mutter wurde vor zwei Jahren an Brustkrebs operiert, bei dem Vater wurde kürzlich Lungenkrebs festgestellt. Die Großmutter väterlicherseits hat Suicid begangen, die anderen Großeltern sind beide an Krebs verstorben. Frau H. äußerte große Ängste, selbst ebenfalls an Krebs zu erkranken.

Bei Frau H., die erst seit 2 Monaten die Pille nahm, wurde die Schwangerschaft im Rahmen einer gynaekologischen Routineuntersuchung festgestellt. Sie hatte soeben ihr Abitur gemacht, hatte den Wunsch zu studieren und fühlte sich noch viel zu unreif, um für ein Kind sorgen zu können. Sie suche Orientierung für ihr Leben und komme mit sich selbst ohnehin nicht zurecht. Die Beziehung zu ihrem Freund, den sie seit 3 Jahren kennt, sei seit einem halben Jahr weniger gut und werde sicherlich nicht halten. Sie hatte viel darüber nachgedacht, sich das Leben zu nehmen.

Frau H. wurde dringend angeraten, sich nach dem Eingriff in psychiatrische Behandlung zu begeben.

In der Nachuntersuchung nannte Frau H. neben der eigenen Unreife und Orientierungslosigkeit vor allem den Wunsch nach Unabhängigkeit und Selbständigkeit als Beweggründe für ihre Entscheidung. Sie wollte auf keinen Fall wieder völlig abhängig werden von ihren Eltern und ihrem Freund, mit dem sie ohnehin keine Perspektive für die Zukunft sieht. Als wesentliche Voraussetzung für ein Kind sah sie eine tragfähige Beziehung, wie auch berufliche und finanzielle Unabhängigkeit

an.

Von ihrem Freund fühlte sich Frau H. nicht ernstgenommen, für ihn war die Entscheidung von vornherein klar und er hat nie begriffen, wie schwer ihr der Schwangerschaftsabbruch gefallen ist. Sie hatte lange gezögert, sich immer wieder vorgestellt, wie es sei, ein Kind zu haben, und wollte noch 2 Stunden vor dem Eingriff am liebsten wieder nach Hause gehen.

Frau H. kam in diesem Zusammenhang von selbst auf ihre Suicidgedanken zu sprechen, sie habe mehrfach überlegt, wie es am schmerzlosesten und angenehmsten geht und hatte vorgehabt, mehrmals sich in der Apotheke Schlaftabletten zu besorgen, damit es nicht auffällt. Diesmal wollte sie mehr nehmen als beim letzten Mal, wo sie wegen der ständigen Streitigkeiten und Prügeleien der Eltern und wegen schulischem Versagen (Sitzenbleiben) es schon einmal versucht hatte. Die ersten 3 Monate nach dem Abbruch waren sehr schlimm. Frau H. war völlig orientierungslos, nichts interessierte sie mehr, auch ihre Ausbildung nicht, es gab kein Ziel, alles erschien ihr sinnlos. Sie habe sehr viel geweint und immer wieder an ihrer Entscheidung gezweifelt und diese Zweifel hätten sich auf alles andere übertragen.

Sie berichtete, daß sie, auch wenn es ihr jetzt viel besser gehe, manchmal noch darüber nachdenkt, weil sie eine überzeugte Christin ist und glaubt, daß man das Leben schützen muß.

Trotzdem hielt sie ihren Entschluß im großen und ganzen für richtig, da es das erste Mal gewesen sei, daß sie eine wichtige, tiefgreifende Entscheidung für sich, ohne Hilfe anderer, gefällt habe. Früher hatten die Eltern alles entschieden, vor allem der Vater. Auch in ihrem Freund habe sie die Vaterfigur gesucht, die ihr alles abnimmt. Seit dem Abbruch und durch die Auseinandersetzung damit habe sie sich persön-

lich sehr stark verändert. Sie hat das Gefühl, mit einem Mal erwachsen geworden zu sein, sie habe mehr Vertrauen in sich, sei viel entschlossener und selbständiger. Infolgedessen habe sie auch die Besuche bei einem Psychiater nicht fortgesetzt, da sie sich stark genug fühlte, alleine mit sich klar zu kommen, was sie vorher nie erwartet hätte. Trotz der Angst vor dem Alleinsein ist sie in eine eigene Wohnung gezogen und bestand darauf, nicht mit dem Freund zusammenzuleben. Nach dem Abbruch hat sie auch den Vater, den sie früher über alles geliebt und bewundert hat, zunehmend in Frage gestellt und sich gleichzeitig auch von ihrem Freund immer mehr distanziert. Eine Trennung erschien ihr unausweichlich.

Frau H. wirkte sehr ernsthaft und nachdenklich, sie erzählte nicht einfach drauflos, sondern überlegte genau, was sie sagte.

Kurzbiographie 10

Die 42jährige Frau H. wurde in Pommern geboren und flüchtete während des Krieges nach Berlin. Bei einem Bombenangriff wurde die Mutter verschüttet. 1955 wurde sie von einem englischen Soldaten schwanger, der sie verließ; wegen der Schwangerschaft mußte sie ihre Lehre abbrechen. Im Anschluß an die Geburt der Tochter wurde sie mehrere Wochen in einer Nervenklinik behandelt. Nach der Entlassung lebte sie mit dem Kind bei ihren Eltern. (Der Vater war inzwischen wieder verheiratet, zur Stiefmutter hatte sie ein schwieriges Verhältnis.)

Frau H., die sich in ihrem Betrieb zur Substitutin hochgearbeitet hat, lebt seit 1971 mit ihrem Partner zusammen, mit dem sie sich gut versteht.

Die Feststellung der Schwangerschaft kam für sie völlig überraschend, da sie annahm, nicht mehr schwanger werden zu können. Die Pille hatte sie 1978 wegen Gewichtszunahme abgesetzt und seither keine Verhütung mehr betrieben.

Für Frau H. stand sofort fest, daß sie das Kind auf keinen Fall austragen würde, da sie äußerst schlechte Erfahrungen als "ledige" Mutter gemacht hatte, dazu kamen die Angst vor evtl. Arbeitsverlust und die Befürchtung, es könne ihr erneut so schlecht gehen, wie nach der ersten Entbindung. Zudem fühlte sie sich einfach zu alt, um noch einmal von vorn anzufangen.

In der Nachuntersuchung spielte der Schwangerschaftsabbruch nur eine untergeordnete Rolle. Im Vordergrund des Gesprächs standen die Konflikte mit der Tochter, auf die Frau H. in jedwedem Zusammenhang immer wieder zu sprechen kam. Es zeigten sich die schwere Enttäuschung und Verbitterung über die undankbare Tochter, wobei Frau H. kaum konkrete Angaben machte, was sie eigentlich an ihrer Tochter kritisiert.

Die vorgealterte Frau H. wirkte im Gespräch verschlossen und eher unfreundlich und mißtrauisch. Das Gespräch diente ihr in erster Linie dazu, ihrer Empörung über die Tochter Luft zu machen.

Kurzbiographie 11

Die 29jährige Frau K. ist seit 8 Jahren mit einem Studienrat verheiratet und hat 3 Kinder im Alter von 7, 4 und 2 Jahren. Früher war sie als Arzthelferin tätig. Die Familie lebt in einer 200 qm Wohnung in Westend.

Frau K. ist trotz angeblich regelmäßiger Pillen-Einnahme schwanger geworden. Das Austragen des Kindes erschien ihr von vornherein unmöglich, zum einen fühlte sie sich durch ihre 3 Kinder bereits stark überlastet, zum anderen machte sie finanzielle Schwierigkeiten geltend, da sich die Familie aufgrund eines Neubauprojektes in West-Deutschland soeben in Unkosten gestürzt hatte. Außerdem sei es zu aufwendig, 4 Kindern später eine Ausbildung zu finanzieren. Darüber hinaus zeigte sich Frau K. besorgt um die Gesundheit des Kindes, da sie vor einem dreiviertel Jahr eine Schilddrüsen-Bestrahlung durchgemacht hatte. Diese Befürchtungen erwiesen sich jedoch nach Angaben der behandelnden Ärzte als unbegründet.

Trotz der erheblichen Belastung und einer gewissen Depressivität war die psychiatrische Indikation bei Frau K. nicht gegeben. Eine intensive sozial- wie auch psychotherapeutische Betreuung wurde angeraten.

Die Ablehnung ihres Schwangerschaftsabbruchs-Antrages erschien Frau K. völlig unverständlich. Frau K. hat den Abbruch in einer anderen Klinik vornehmen lassen, zu den näheren Umständen wollte sie sich nicht äußern.

Frau K. hat den Schwangerschaftsabbruch als seelische Belastung empfunden, jedoch hält sie ihre Entscheidung unter den gegebenen Umständen (3 Kinder sind genug, die Wohnungsverhältnisse sind gerade ausreichend) für absolut richtig. Zudem betonte sie, daß in ihrem Fall eine solche Entscheidung vertretbar und angebracht ist, im Gegensatz zu jungen

Frauen, die noch keine Kinder haben.

Die Beziehung zu ihrem Mann beschreibt sie als gut, Gespräche über persönliche Probleme sind allerdings nicht möglich, was sie jedoch nicht als Manko empfindet, da ihr Mann durch seine berufliche Tätigkeit derart in Anspruch genommen ist, daß sie ihn nicht auch noch mit ihren Dingen belasten kann. Gespräche dieser Art sind ihrer Meinung nach auch gar nicht notwendig, da sie mit ihren Problemen gut alleine fertig wird.

Frau K. nimmt seit dem Abbruch wieder die Pille. Befragt, ob sie aufgrund ihrer Erfahrungen eine erneute Schwangerschaft trotz Pillen-Einnahme fürchtet, äußert sie, daß sie bisher keine Zeit gefunden hat, darüber nachzudenken.

Im Gespräch war es sehr schwierig, zu Frau K. Kontakt herzustellen, da sie auf viele Fragen gar nicht einging, häufig abwehrte und beharrlich an ihrer Argumentation, so widersprüchlich sie auch sein mochte, festhielt. Eine Hinterfragung dieser Widersprüche und die Erfassung ihrer persönlichen Problematik war nicht möglich. Man hatte den Eindruck, als ob Frau K. einen "Schutzwall" um sich aufgebaut hatte.

Kurzbiographie 12

K.K., 13, wurde in Berlin geboren, die Ehe der Eltern wurde bald nach der Geburt geschieden. Zusammen mit ihren 3 Geschwistern war sie mehrfach jeweils für ein halbes Jahr im Heim untergebracht. Mit 7 Jahren kam sie zum Vater, mit dessen Frau sie sich sehr gut verstand. Der Vater hatte in den folgenden 4 Jahren eine sexuelle Beziehung zu ihr, die auch noch anhielt, als sie wieder bei der Mutter lebte, den Vater aber gelegentlich besuchte. Der Vater, der sie ohnehin häufig geschlagen hat, hatte K. gedroht, daß er sie totschlägt, wenn sie etwas davon erzählt. Schließlich hat die Mutter davon erfahren und der Vater, der auch mit der älteren Schwester sexuelle Beziehungen hatte, wurde zu 3 Jahren Haft verurteilt.

Die Schwangerschaft stammte von einem ehemaligen Freund der Mutter, auf dessen Kinder K. häufiger aufgepaßt hat. Der Mann hatte sich ihr mehrfach genähert, einmal sei dann "etwas passiert"; es ging alles sehr schnell, sie konnte sich nicht richtig wehren, weil er viel stärker war als sie. Als dann die Periode ausblieb, geriet K. in immer größere Unruhe, sie befürchtete, ein Kind zu erwarten, hat aber diesen Gedanken immer wieder verdrängt. Schließlich hat sie sich doch ihrer älteren Schwester, zu der sie das größte Vertrauen hat, anvertraut und auch mit der Familienhelferin gesprochen, in deren Begleitung sie in die Beratung kam. Seit sie die Gewißheit hatte, schwanger zu sein, hatte sie fast nur noch geweint, ihr Leben sei damit versaut, so wollte sie nicht mehr leben.

Nach dem Abbruch hat K. sich sehr gut gefühlt, sie sei heilfroh gewesen, daß alles vorbei war. Sie berichtete, daß sie sich bemüht, das ganze Erlebnis und alles, was damit zusammenhing, zu vergessen, sie wollte auch nicht mehr darüber sprechen. Manchmal käme ihr doch der Gedanke, daß sie das Kind umgebracht hat. Vor allem hatte sie Angst, diesem Mann

auf der Straße wiederzubegegnen, das käme manchmal vor und dann würde sie wieder an alles erinnert.

Sie wollte jetzt noch kein Verhütungsmittel nehmen, weil sie kein Interesse an Jungen hat, aber wenn es soweit wäre, würde sie sofort zur Ärztin gehen.

K. berichtete, daß sie erst jetzt erfahren habe, daß ihr Vater eine sehr schwere Jugend hatte. Seit sie dies weiß, täte er ihr sehr leid und sie würde ihm verzeihen, wenn er sie darum bäte.

K. erzählte auch ausführlich von der Schule, die sie gerne besucht und wo sie sich verbessern möchte; am liebsten würde sie Tierärztin oder Kindergärtnerin werden. Sie sei sehr kinderlieb und möchte später in jedem Fall eigene Kinder haben.

K., die zunächst eher zurückhaltend und ängstlich war, wurde im Verlauf des Gesprächs immer zutraulicher. Wirkte sie auf der einen Seite noch recht kindlich in ihrer Erzählweise, so fiel doch auf der anderen Seite eine für das Alter erstaunliche Nachdenklichkeit auf. Sie bemüht sich offenbar sehr, das ganze Erlebnis zu verdrängen und es ist aufgrund des Gesprächs schwer zu ermessen, inwieweit K. diese Erfahrungen wirklich verkraftet hat.

Kurzbiographie 13

Frau M., 22, stammt aus Jugoslawien und wurde als drittes von 6 Kindern in einem kleinen serbischen Dorf geboren.

Sie hat 3 Kinder geboren, 1973, 1974 und 1976. Während der ersten Schwangerschaft, im Alter von 15 Jahren, hat sie geheiratet und ist mit ihrem Mann und ihren Schwiegereltern nach Berlin gezogen. Ihre Ehe bezeichnet Frau M. als sehr glücklich. Beide Eheleute waren sich darüber einig, daß sie kein weiteres Kind wollten. Frau M. glaubte, nicht mehr schwanger zu werden, sie hatte vor 2 Jahren die Pille wegen Übelkeit abgesetzt und seither kein Verhütungsmittel mehr benutzt. Auf die Feststellung der Schwangerschaft reagierte Frau M. völlig überrascht und verzweifelt. Das Austragen des Kindes erschien Frau M. völlig unmöglich angesichts ihrer schlechten finanziellen Situation, die durch den Verdienstausfall des Mannes noch verschlimmert wurde, dessen Einberufung zum Militärdienst nach Jugoslawien kurz bevorstand. Sie selber müsse bei einem weiteren Kind ihre Stelle als Stationshilfe aufgeben, dann wisse sie gar nicht, wie sie ihre Kinder ernähren solle. Frau M. fühlte sich den Problemen so schon nicht gewachsen. Der Ehemann unterstützte ihren Wunsch nach Abbruch der Schwangerschaft.

Frau M. nimmt seit dem Eingriff, den sie problemlos überstanden hat, wieder die Pille, allerdings leidet sie zeitweise unter Unterleibsschmerzen, die laut ärztlicher Aussage durch einen Descensus hervorgerufen werden. Sie ist davon überzeugt, die richtige Entscheidung gefällt zu haben.

Die untersetzte, vorgealterte Frau M., die recht lebhaft erzählte, machte in der Nachuntersuchung einen glücklichen und zufriedenen Eindruck, auch wenn man ihr die starke Belastung, der sie zweifellos ausgesetzt ist, deutlich anmerkte.

Kurzbiographie 14

Frau M. war mit 22 Jahren zum 3. Mal schwanger. Ihre im November 1979, bzw. im September 1980 geborenen Kinder sind beide infolge Frühgeburt in der Entwicklung zurückgeblieben und benötigen regelmäßige krankengymnastische Behandlung. Von seiten ihres Mannes erfährt Frau M. kaum Unterstützung, er fühlt sich eingeschränkt und macht ihr Vorwürfe, sie sei schuld, daß die Kinder da sind.

Frau M., die nach eigenen Angaben häufig die Pille vergaß, obwohl sie auf keinen Fall ein weiteres Kind wollte, fühlte sich einer erneuten Schwangerschaft nicht gewachsen. Sie fürchtete den Zorn ihres Mannes, den sie "trotz allem liebt", wie auch eine erneute Frühgeburt.

Psychiatrischerseits handelte es sich bei Frau M. um eine ausgeprägte Erschöpfungsdepression.

Den Schwangerschaftsabbruch hat Frau M. nach ihren Aussagen sehr gut verkraftet, sie sei froh gewesen, als es vorbei war, jetzt wolle sie nichts mehr davon wissen. Die Entscheidung war richtig, sie sei froh, kein drittes Kind zu haben. Zur Kontrazeption nimmt sie jetzt regelmäßig die Pille ein. Das Verhältnis zu ihrem Mann ist unverändert; seit sie wieder stundenweise arbeitet (als ungelernte Kraft zur Aushilfe; daß sie keine Ausbildung hat), kümmert er sich zumindest in dieser Zeit ein wenig um die Kinder.

Frau M. fand es nicht notwendig, nach dem Abbruch noch einmal in die Beratungsstelle zu einem Gespräch zu kommen, wie es ihr angeboten worden war, da sie Probleme ohnehin immer nur mit ihrer Mutter besprochen habe.

Frau M. wirkte im Gespräch erschöpft und resigniert, als habe sie sich mit ihrer Situation, die sie nicht ändern kann, abgefunden. Man hatte den Eindruck, daß sie Gedanken an den Abbruch massiv verdrängt.

Kurzbiographie 15

Frau M., 19, stammt aus einem sehr belasteten sozialen Milieu. Sie ist das 8. von 10 Kindern. Die Eltern haben sich dreimal scheiden lassen und dann jeweils wieder geheiratet. Die Kinder wurden offenbar mehrfach über längere Zeit in Heime abgeschoben. Von den Geschwistern sind 2 heroinabhängig, eine Schwester ist Prostituierte, ein Bruder sei ein "Penner". Nur ein Bruder hat eine Familie gegründet und arbeitet, er lebt jedoch in West-Deutschland, so daß er Frau M. keinen Halt vermitteln kann. Der Kontakt zu ihrer Mutter ist leidlich.

Frau M. hat die Sonderschule besucht, wo sie aus der 7. Klasse entlassen wurde. Sie hat keine Ausbildung absolviert und lebt von Sozialunterstützung. Sie hat einen knapp eineinhalbjährigen Sohn, an dem sie sehr hängt.

Die jetzige Schwangerschaft stammt von einem 16jährigen Jungen, den sie seit einem dreiviertel Jahr kennt. Kurz bevor Frau M. die Beratungsstelle aufsuchte, kam es zur Trennung. Frau M. sah sich außerstande, dieses Kind auszutragen, sie werde selbst abtreiben, "egal wie".

Angesichts der Überforderung der Patientin mit ihrer Lebenssituation und aufgrund des fehlenden Übersichtsvermögens, mit dem daher außerordentlich hohen Risiko einer selbstgefährdenden und selbstschädigenden Verzweiflungstat, wurde der Antrag auf Schwangerschaftsabbruch befürwortet.

In der Nachuntersuchung berichtete Frau M., daß sie sich ein Kind von ihrem Freund gewünscht hat, weil sie sich gut mit ihm verstand und hoffte, mit ihm endlich eine Familie gründen zu können und so auch ihrem kleinen Sohn endlich einen Vater zu geben. Frau M. hat kein Verhütungsmittel benutzt, sie haben "aufgepaßt". Sie sei sich bereits nach dem 2. Ausbleiben der Regelblutung sicher gewesen, schwanger zu sein.

Als dann ihre Beziehung zunehmend schlechter wurde, weil ihr Freund ihr ständig Vorwürfe machte, sie solle zum Jugendamt gehen, traute sie sich nicht, von der erneuten Schwangerschaft zu erzählen und zögerte einen Arztbesuch immer weiter hinaus. Sie lebte zu diesem Zeitpunkt in der 2-Zimmer-Wohnung ihres Bruders zusammen mit 5 anderen Leuten, die Verhältnisse dort seien entsetzlich dreckig und chaotisch gewesen. Die Beschaffung von Arbeit und einer eigenen Wohnung wäre nur über das Jugendamt möglich und Frau M. fürchtete, daß man ihr dort das Sorgerecht für ihren Jungen entziehen würde, deshalb ging sie nicht hin. Ihr Freund, dem sie schließlich von der inzwischen ärztlich bestätigten Schwangerschaft erzählte, reagierte mit Panik, da er um seine Lehrstelle fürchtete. Der Bruder drohte, sie aus der Wohnung zu werfen, wenn sie das Kind bekommt und außerdem wollte sie das Leben ihres Freundes nicht zerstören. Erst nach der Trennung, unter der Frau M. sehr gelitten hat, entschloß sie sich zum Abbruch. Ausschlaggebend war neben der großen Enttäuschung über die zerstörten Hoffnungen auf eine "richtige" Familie die Verzweiflung darüber, daß sie ihrem Sohn häufig nicht einmal eine warme Mahlzeit am Tag geben konnte und nicht mehr wußte, wie es weitergehen sollte. Sie hätte die Abtreibung auch notfalls selbst gemacht, weil sie keinen Ausweg sah. Eine Ärztin habe ihr zwar gesagt, daß sie dabei auch sterben könne, aber das sei ihr damals gleich gewesen.

Der Abbruch sei ihr sehr schwer gefallen, auch wenn sie nach außen so getan habe, als sei es ihr völlig egal. Sie hat auch in der ersten Zeit oft daran denken müssen und manchmal, wenn sie mit ihrem Sohn allein war, kamen ihr die Tränen. Aber die Entscheidung sei richtig gewesen, sonst wären sie alle drei verhungert. Sie leide schon genug darunter, daß sie ihrem Sohn nichts bieten könne, dabei habe sie sich vorgestellt, bei ihm alles besser zu machen, als sie es selbst erlebt hat. Aber nur mit Liebe ginge es eben auch nicht. Insgesamt geht es ihr wesentlich besser, seit sie einen neuen Freund hat, mit dem sie auch häufig über den Abbruch sprechen

konnte. Er habe ihr mit seinem Verständnis sehr geholfen und sei auch lieb zu ihrem Kind. Vor allem aber habe er gesagt, daß sie, sobald sie eine Wohnung haben, zusammen ein Kind bekommen könnten, seit sie dies wisse, denke sie nur noch selten an den Abbruch.

Frau M., die seit dem Eingriff die Pille nimmt, äußerte, daß sie keine therapeutische Hilfe brauchte, weil sie ja ihren Freund hatte, aber sonst wäre sie bestimmt gekommen, weil alle so nett zu ihr gewesen sind. Das Verhältnis zu ihrem Sohn habe sich nicht verändert, sie liebe ihn so sehr, mehr ginge gar nicht.

Frau M. war sehr aufgeschlossen und erzählte lebhaft und engagiert. Sie erschien energisch und wußte, was sie wollte. Ihr kleiner Sohn ist der Mittelpunkt ihres Lebens, sie kam immer wieder auf die Angst, ihn zu verlieren, zu sprechen. Sie selbst hat diese Erfahrung häufig genug gemacht, "da kamen die Bullenautos vorgefahren und haben uns Kinder einfach eingepackt".

Kurzbiographie 16

Die 20jährige Frau P. arbeitet seit kurzem als Erzieherin in einem katholischen Kindergarten. Sie hat seit dem 16. Lebensjahr regelmäßig die Pille genommen. Ihren Freund, der in West-Deutschland studiert, kennt sie seit einem knappen Jahr. Er habe sich im letzten Vierteljahr immer weniger um sie gekümmert, seit der Feststellung der Schwangerschaft weiche er ihr völlig aus.

Frau P., die sich mit der gesamten Problematik intensiv auseinandergesetzt hatte, fühlte sich dem Austragen des Kindes in keiner Weise gewachsen. Der Antrag auf Schwangerschaftsabbruch wurde psychiatrischerseits befürwortet, aufgrund der massiven depressiven Reaktion der Patientin.

Da die Begründung im Gutachten der Klinik nicht ausreichend erschien, wurde der Eingriff in einem anderen Krankenhaus vorgenommen.

Im Interview berichtete Frau P., daß sie zum Zeitpunkt der Empfängnis mit der Pille ausgesetzt und keine andere Verhütung betrieben hatte, da ihre Frauenärztin ihr versichert habe, ihre Eierstöcke lägen zu hoch, ihr könne nichts passieren. Obwohl sie sich bereits kurz nach dem letzten Zusammensein mit ihrem Freund sicher war, schwanger zu sein, hat sie den Gedanken daran immer wieder verdrängt. Da sie die Ungewißheit nicht länger ertrug, entschloß sie sich nach 3 Monaten zum Arztbesuch und teilte dann ihrem Freund die Bestätigung der Schwangerschaft mit, in der Hoffnung, sie würden nun zusammenbleiben und sie könne das Kind behalten. Seine Ablehnung wie auch sein weiteres Verhalten, er ließ sich am Telefon verleugnen und ignorierte sie, haben sie sehr enttäuscht.

Frau P. hat noch lange über den Abbruch nachgedacht, überlegt, wie es gewesen wäre, wenn sie das Kind doch bekommen

hätte. Zeitweise sei sie auch sehr traurig und gedrückt gewesen, aber das habe nach 2 - 3 Monaten nachgelassen, sicher habe da auch die Enttäuschung über den Freund eine Rolle gespielt. Sie ist froh, diesen Schritt gemacht zu haben, dadurch war ein Neuanfang für sie möglich. Aber noch eine Abtreibung käme für sie nie in Frage, heute würde sie ein Kind in jedem Fall austragen. Seit 5 Monaten hat sie einen neuen Partner, mit dem sie sich sehr gut versteht, sie sind im Begriff, zusammenzuziehen. Sie betreut jetzt häufig zu Hause ein Kind aus ihrem Kindergarten, um das sich auch ihr Freund liebevoll kümmert, das sei schon wie eine richtige kleine Familie.

Im Gespräch mit Frau P., die zunächst eher reserviert wirkte, stand vor allem die offenbar massive Enttäuschung über ihren damaligen Partner im Vordergrund. Es wurde deutlich, daß Frau P. zwar einerseits auf ihre Berufstätigkeit Wert legt, sich aber andererseits nichts sehnlicher wünscht, als eine eigene Familie zu haben, die sie umsorgen kann. So wurde sie auch gegen Ende des Interviews, als sie auf ihre neue Freundschaft und "ihr Pflegekind" zu sprechen kam, erst richtig aufgeschlossen und lebhaft.

Kurzbiographie 17

Frau R., 24 Jahre alt, ist das 5. von 8 Kindern. Der Vater, Maurer von Beruf, verstarb 49jährig "an Alkohol", die Mutter hat auch lange Zeit stark getrunken, seit einem Jahr ist sie trocken. Ein Bruder ist ebenfalls Alkoholiker. Frau R. ist gelernte Schneiderin, war zwischenzeitlich als Löterin beschäftigt und ist jetzt arbeitslos, hilft aber gelegentlich schwarz als Serviererin aus.

Ihre 1973 geschlossene Ehe wurde 1976 wegen ihrer Schwester geschieden, mit der ihr früherer Ehemann seither zusammenlebt. Aus der Ehe stammen 2 Kinder, 7 und 5 Jahre alt, die sie wegen finanzieller Schwierigkeiten zum Vater geben mußte. 1979 bekam sie von ihrem damaligen Freund, mit dem sie auch zusammenlebte, eine Tochter, über deren Geburt sie sich sehr gefreut hat. Da sie allerdings erkennen mußte, daß ihr Freund auch ein Alkoholiker ist, hat sie sich ein Jahr später von ihm getrennt. Sie zog, weil sie keine Wohnung fand, wieder zu ihrer Mutter, mit der es große Schwierigkeiten gab. Schließlich war sie so verzweifelt, daß sie einen Suicidversuch mit Beruhigungsmitteln unternahm.

Zuletzt kämpfte sie erneut um einen Krippenplatz, das Sozialamt hat ihr nur ein Asozialenheim angeboten.

Frau R. beschrieb sich selbst als außerordentlich ängstlich, sie habe sogar Angst vor dem Weihnachtsmann.

Frau R. suchte im Abstand von einem knappen Jahr zweimal die Beratungsstelle mit dem Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch auf. Die erste dieser beiden Graviditäten stammte aus einer nur flüchtigen Beziehung zu einem verheirateten Mann. Aufgrund der massiven depressiven Reaktion bei einer schwer gestörten, neurotischen Entwicklung wurde der Antrag befürwortet.

Die erneute Schwangerschaft stammte von einer Zufallsbekanntschaft, Frau R. berichtete, daß sie sich überhaupt nur dies eine Mal mit einem Mann eingelassen hatte seit dem Abbruch. Da ihr ein Arzt gesagt hatte, sie könne nicht mehr schwanger werden, hatte sie kein Verhütungsmittel benutzt. Angesichts ihrer unverändert chaotischen Lebenssituation und der starken Depressivität, die mit einer Zunahme der Ängste einherging, wurde der erneute Abbruch durchgeführt und auch die gewünschte Sterilisation vorgenommen.

In der Nachuntersuchung, die nach dem zweiten Abbruch stattfand, berichtete Frau R., daß sie den Arztbesuch lange herausgezögert hat, weil sie einerseits nicht wahrhaben wollte, daß sie wieder schwanger ist, und andererseits auch innerlich das Kind behalten wollte. Aber das ging einfach nicht. Sie sei so verzweifelt gewesen, daß sie nur ihrer kleinen Tochter zuliebe sich nichts angetan hätte.

Es zeigte sich, daß Frau R., die schon den ersten Abbruch sehr schwer verkraftet hat, sich seit dem erneuten Eingriff in einer außerordentlich schlechten Verfassung befindet. Ihre Angstzustände haben sich weiter verschlimmert, sie schlafe schlecht, träume häufig davon und müsse auch sonst immer wieder daran denken, sie sei nur noch deprimiert seitdem und könnte ständig weinen. Trotzdem glaubte sie, daß die Entscheidung angesichts ihrer Situation richtig war. Frau R. hat sich nach dem Gespräch in der psychiatrischen Begutachtung fest entschlossen, einen Therapeuten aufzusuchen, vorher habe sie sich nicht getraut, aus Angst, ihre Familie würde über sie lachen. Sie will überhaupt einiges in ihrem Leben ändern, sich vor allem mehr von ihrer Familie lösen, ein Neuanfang wurde bereits mit einer eigenen Wohnung gemacht.

Eine ganz wesentliche Rolle spielte im Gespräch die Trennung von ihrem Mann, die sie offenbar bis heute nicht verkraftet hat. Sie sei froh, daß sie es mittlerweile überhaupt ertra-

gen könne, ihn und ihre Schwester zu sehen. Im Grunde liebe sie ihn noch heute und sei darüber nie hinweggekommen.

Frau R. konnte sich im Moment nicht vorstellen, je wieder eine Beziehung einzugehen, sondern wollte nur für sich und ihre Tochter da sein.

Frau R. wirkte sehr niedergeschlagen, vor allem, wenn sie von dem letzten Schwangerschaftsabbruch und von ihrem früheren Mann sprach, kamen ihr zeitweise fast die Tränen. Das einzig Positive in ihrem Leben scheint ihre kleine Tochter zu sein.

Kurzbiographie 18

Die 20 Jahre alte Frau S. ist Verwaltungsangestellte bei der BfA und lebt allein in einer 1-Zimmer-Wohnung. Die Eltern werden von ihr als unbeständig beschrieben; die Familie ist häufig umgezogen, der Vater lebte mehrfach getrennt von der Familie, es kam zur Scheidung und späteren Wiederverheiratung der Eltern. Die Mutter legte mehr Wert auf ihre berufliche Tätigkeit als auf die Erziehung der Kinder.

Frau S. schilderte sich selbst als ziemlich kontaktarm und isoliert, eine richtige Freundin habe sie nie gehabt und auch zur älteren Schwester bestünde keine engere Bindung.

Mit 14 Jahren unternahm Frau S. einen Suicidversuch mit Schlaftabletten, der mit den familiären Schwierigkeiten zusammenhing.

Die Schwangerschaft hat Frau S., die sich nach der Knaus-Ogino-Methode richtete, nach eigenen Angaben erst nach 3 Monaten voll realisiert. Der ohnehin locker geführte Kontakt zu ihrem Freund war vor einigen Wochen abgebrochen. Die Austragung des Kindes erschien ihr völlig ausgeschlossen, da sie sich für ein Kind zu jung fühlte und zudem um ihren beruflichen Werdegang fürchtete. Ihre Suicidphantasien, die sie hauptsächlich beim Motorradfahren, ihrer Lieblingsbeschäftigung, entwickelt, waren seit dem Wissen um die Schwangerschaft erheblich verstärkt.

Im Interview zeigte sich, daß die Trennung von ihrem Freund für Frau S. mit einer großen Enttäuschung verbunden war. Die 2 Jahre dauernde Beziehung wurde von ihr als sehr fest beschrieben, sie hatte sich vorgestellt, mit ihrem Freund zusammen zu bleiben und eine Familie zu gründen. Daher nahm sie auch kein Verhütungsmittel, weil sie, falls sie schwanger werden würde, das Kind auch behalten wollte. Zuletzt war die Beziehung jedoch sehr schwierig geworden. Zu den nä-

heren Umständen der Trennung wollte Frau S. sich nicht äußern.

Nach der Feststellung der Schwangerschaft ließ sie sich treiben und war völlig entscheidungsunfähig. Zwar wollte sie unter diesen Umständen kein Kind, konnte sich aber auch nicht zum Abbruch entschließen. Erst aufgrund der Initiative einer Freundin suchte sie erneut einen Arzt auf. Sie bestätigte, daß sie in dieser Zeit konkrete Suicidabsichten hatte.

Nach dem Abbruch ging es Frau S. längere Zeit sehr schlecht, sie ließ sich krank schreiben und lebte völlig isoliert, wollte niemanden sehen, war sehr depressiv, was sich vor allem in häufigem Weinen und starken Schlafstörungen äußerte. Nach etwa 3 Monaten hatte sich ihr Zustand deutlich gebessert. Vor einem Vierteljahr hat sie einen neuen Partner kennengelernt, seither sind die Gedanken an den Schwangerschaftsabbruch ganz in den Hintergrund getreten.

Die Entscheidung zum Abbruch bezeichnete Frau S. als richtig, da sie dem Kind ja keine Familie hätte bieten können und nicht genügend Zeit für ihr Kind gehabt hätte.

Frau S. war anfangs eher verschlossen, taute aber im Laufe des Gesprächs immer mehr auf und wurde in ihren Äußerungen zunehmend offener und persönlicher. Sie reagierte schließlich teilweise mit einer Emotionalität, die zunächst gar nicht zu erwarten war.

Kurzbiographie 19

Die 28jährige Frau S. hat im Anschluß an ihren Hauptschulabschluß eine Laborantenlehre absolviert, war jedoch bis zur ersten Eheschließung als Verkäuferin tätig. Diese Ehe wurde, als sie 20 Jahre alt war, geschieden. 4 Jahre später ging sie eine zweite Ehe ein. Sie hat drei Kinder geboren, das zweite Kind stammt von einem anderen Mann, das dritte wollte sie zur Adoption freigeben, konnte sich aber nach der Geburt nicht dazu entschließen. Dazwischen lag ein legaler Schwangerschaftsabbruch nach Nierenerkrankung.

Mit 15 Jahren hat Frau S. wegen einer Liebesenttäuschung einen Suicidversuch mit Belagal unternommen.

Ihre Ehe beschrieb Frau S. als schlecht, ihr Mann trinke zuviel und habe sie auch schon häufiger geschlagen. Darüber hinaus bestanden erhebliche finanzielle Probleme. Obwohl Frau S., die an sich nie Kinder haben wollte, nach ihren Angaben regelmäßig die Pille einnahm, wurde sie zum fünften Male schwanger. Ihre miserable Ehesituation und ihr Entschluß, ihr Leben durch Fortbildungskurse an der Volkshochschule positiv zu verändern, waren die Hauptbeweggründe für ihren Wunsch nach dem Abbruch der Schwangerschaft.

Den Abbruch wie auch die gleichzeitige Sterilisation empfand Frau S. als Befreiung. Sie konnte sich persönlich fortentwickeln und ihre eigenen Interessen durchsetzen. Mit ihrer unerfüllten Ehe hat sie sich arrangiert, um den Kindern den Vater zu erhalten.

Frau S. wirkte ganz zufrieden mit sich und ihrer Lebenssituation. Sie erzählte lebhaft und ausführlich, ohne jedoch auf Fragen, die auf ihre teilweise sehr widersprüchlichen Angaben abzielten, einzugehen.

Kurzbiographie 20

Die 43jährige Frau S. suchte die Beratungsstelle mit dem Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch und gleichzeitiger Sterilisation auf, da sie sich aufgrund ihres Alters und ihrer sozialen Verhältnisse nicht in der Lage sah, ein zweites Kind zu versorgen. Darüber hinaus fürchtete sie wegen ihres reichlichen Alkoholkonsums um die Gesundheit ihres Kindes.

Frau S. ist die Tochter eines offenbar tüchtigen Geschäftsmannes, der sich vom Würstchenbudenbesitzer zum Hotelier hochgearbeitet hatte. Die Eltern haben sich scheiden lassen, als Frau S. 3 Jahre alt war, sie lebte anschließend beim Vater, der vor einigen Jahren verstarb. Frau S. hat selbst keine Ausbildung absolviert, sondern war überwiegend im Hotelbetrieb des Vaters tätig. Später hatte sie eine Stelle als Hauswartsfrau. Frau S. ist zum zweiten Mal verheiratet und lebt mit der gemeinsamen Tochter in einer Zwei-Zimmer-Wohnung mit Ofenheizung. Beide Männer haben erheblich getrunken, aus Trotz habe sie auch angefangen zu trinken.

Frau S. hat nie, auch nach der ersten, unbeabsichtigten Schwangerschaft mit ihrer Tochter, ein Verhütungsmittel benutzt, da sie glaubte, nicht schwanger werden zu können. Die Entscheidung zum Abbruch hat sie allein getroffen, gegen den Willen des Ehemannes.

In der psychiatrischen Untersuchung wurde bei Frau S. ein Alkoholabusus, wahrscheinlich auf der Basis einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung, festgestellt. Eine Krankheitseinsicht in bezug auf die Alkoholproblematik zeigte sie allenfalls vordergründig. Eine Nachbetreuung wurde ihr dringend empfohlen.

In der Nachuntersuchung spielte der Schwangerschaftsabbruch wie auch die gleichzeitig vorgenommene Sterilisation eine ganz untergeordnete Rolle. Frau S. sprach hauptsächlich über

ihren Vater, den sie überaus verehrt und bewundert hat und in Zusammenhang damit über ihren eigenen sozialen Abstieg, den sie nicht verkraften kann. Das Verhältnis zu ihrem Mann beschrieb sie als sehr schlecht, er habe weder Interesse noch Verständnis für sie, sie fühle sich einsam und isoliert. Auch mit der Sorge um die Tochter sah sie sich völlig überfordert. Zu der ihr angeratenen Therapie konnte sie sich nicht entschließen, da sie fürchtet, wie ihre Großmutter zu enden, deren Zwangseinweisung sie miterlebt hat.

Frau S. wirkte vorgealtert, depressiv und verbittert. Sie sprach langsam und schleppend, mit langen Pausen, oftmals unterbrochen von heftigem Schluchzen, was ebenso abrupt endete wie es angefangen hatte, hauptsächlich, wenn es um den Vater ging. Viele Fragen wurden inadäquat beantwortet, Frau S. war bereits am Vormittag deutlich alkoholisiert, die Alkoholabhängigkeit wies sie jedoch weit von sich. Sie ist mit ihrer jetzigen Lebenssituation offenbar völlig überfordert und klammert sich an die Vergangenheit.

Kurzbiographie 21

Die 43 Jahre alte Frau S. ist die zweitjüngste von 6 Kindern. In ihrer Jugend hat sie sehr darunter gelitten, daß der von ihr sehr verehrte Vater (Kunsthistoriker) ihre Schwester bevorzugte. Sie bezeichnete sich selbst als "ausgesprochenes Kriegskind", sie hat die Kriegswirren mit anschließender Flucht erlebt, die Familie brach auseinander, diese Erlebnisse haben, so sagte sie, ihre Entwicklung entscheidend beeinflußt.

Sie hat an der PH Kunst und Musik studiert, das Studium jedoch kurz vor dem Examen abgebrochen. Trotzdem wurde sie in den Schuldienst übernommen und ist seit 1970 als Lehrerin tätig. Frau S. ist geschieden, ihre 14jährige Tochter lebt beim Vater in West-Deutschland. Bereits 1969 hat sie eine Schwangerschaft abbrechen lassen, damals wie auch jetzt wußte sie nicht genau, ob sie die Pille genommen hat. Frau S. hatte phasenweise starke Tagträume, meist negativen Inhalts, die für sie mit großen Ängsten verbunden waren und seit der Feststellung der Schwangerschaft sehr verstärkt auftraten. Sie fühlte sich zu wenig belastbar und sah sich nicht in der Lage, allein ein Kind aufzuziehen. Die Partnerschaft sei nicht im mindesten tragfähig.

In der Nachuntersuchung berichtete Frau S., daß sie eigentlich das Kind wollte, in all ihrer Verzweiflung sei sie zwischendurch ganz fröhlich gewesen bei dem Gedanken, daß sie das Kind behält. Die Entscheidung habe sie unter Druck gefällt, als sie sah, daß sie von ihrem Partner keine Unterstützung erwarten kann. Die 4 Jahre dauernde Beziehung bezeichnete sie als sehr schlecht, die Bindung sei hauptsächlich auf der sexuellen Ebene. Ein Kind von "diesem miesen Menschen" zu bekommen, erschien ihr völlig unmöglich, die Beziehung zu dem Kind wäre belastet worden durch die negativen Erfahrungen mit dem Mann und dessen zerstörerischer Haltung. Frau S. hat sich nach dem Abbruch unter großen

Schwierigkeiten getrennt, jetzt spüre sie nur noch einen maßlosen Haß auf diesen Mann.

Sie hatte seit dem Abbruch wieder extrem angstvolle Tagträume, in denen sie immer wieder "etwas abgeben mußte". Einen Film über natürliche Entbindung hat sie als Hölle empfunden, so grausam habe sie selten gelitten. Nach wie vor verweigerte sie sich kleinen Kindern, Freunde, die ein Baby erwarten, besuchte sie nicht mehr, beschäftigte sich aber in Gedanken nahezu dauernd mit ihnen. Sie glaubte, daß sie durch den Abbruch viel begriffen hat, aber der Lernprozeß sei noch nicht abgeschlossen, sie müsse das durchmachen, um eine gewisse Reife und Unabhängigkeit zu erkämpfen. Positiv erwähnte sie, daß sie seit dem Abbruch wieder angefangen hat zu malen. Die Entscheidung bezeichnete sie als richtig, weil sie so gefällt werden mußte, da sie den Gedanken an diesen Mann nicht verdrängen konnte, sie wiederholte jedoch mehrfach, daß sie diese Entscheidung heute nicht mehr fällen könnte und fügte hinzu, daß sie vielleicht doch noch einmal das Glück hätte, ein Kind zu bekommen, "damit wäre natürlich alles wahnsinnig gut".

Frau S. hat nach dem Schwangerschaftsabbruch dreimal einen Therapeuten aufgesucht, weil sie "nicht mehr konnte", fühlte sich von diesem aber ungerecht behandelt, weshalb sie die Besuche abbrach.

Sie berichtete zu ihrer momentanen Situation, daß es ihr seelisch noch nicht besser ginge, sie sei zeitweilig sehr unruhig, überhaupt nicht belastbar und schlafe sehr schlecht. Seit einem Jahr hat Frau S., die jetzt wieder die Pille nimmt, einen neuen Partner, den sie jedoch sehr selten sieht, da er in Schweden lebt und dort verheiratet ist, was sie erst nach geraumer Zeit erfahren hat. Auch diese Beziehung sei ganz und gar nicht so, wie sie es wünschen würde, aber sie sei bescheidener geworden. Im Grunde glaubte sie nicht mehr daran, noch einen wirklichen Partner zu finden.

Frau S. war überaus unruhig und fahrig, die Nervosität steigerte sich während des Gesprächs zunehmend. Sie rauchte eine Zigarette nach der anderen. Sie sprach teilweise stockend, suchte oft nach Worten, verbesserte sich ständig und sagte häufig dasselbe mit immer wieder anderen Worten. Die Hauptthemen, um die sich das Gespräch drehte, waren ihre Probleme mit Partnern und ihre Verlustängste.

Kurzbiographie 22

Frau T., 36, in Ost-Berlin geboren, lebt seit 1964 in West-Berlin. Sie ist seit 12 Jahren als Prüferin bei Telefunken tätig. 1962 Heirat mit einem Bauarbeiter, der Alkoholiker war. Frau T. hat 5 Kinder geboren, das 4. Kind starb durch einen "Unfall", ihr Ehemann, von dem sie sich 1968 scheiden ließ, wurde im Zusammenhang damit verurteilt. Das 5. Kind gab sie gleich nach der Geburt zur Adoption frei. 1970 erneute Eheschließung, dieser Mann war ebenfalls Alkoholiker und verstarb 1975. Seither lebt sie mit ihren Kindern (17, 16, 14) allein.

Die jetzige Schwangerschaft stammte von einer Urlaubsbekanntschaft in Spanien, zu diesem Mann besteht keinerlei Kontakt mehr. Da sie die Pille seit 10 Jahren regelmäßig genommen hat, war sie von der Schwangerschaft völlig überrascht. Es habe für sie keinen Moment lang zur Debatte gestanden, das Kind auszutragen, sie sei zu alt, ihre eigenen Kinder sind erwachsen, sie sei berufstätig und völlig auf sich gestellt, sie wisse gar nicht, wie sie sich um das Kind kümmern solle.

Frau T. hat den Schwangerschaftsabbruch, wie auch die gleichzeitig vorgenommene Sterilisation offenbar gut verkraftet. Es habe ja von vornherein festgestanden, daß das Kind weg muß, sie würde genauso wieder handeln. Sie fühlte sich befreit hinterher, wie neu geboren, ihre große Verzweiflung sei im Nu weggewesen. Seither ginge es ihr gut, der Abbruch sei aus der Welt, in ihrem Leben habe sich nichts verändert, es sei alles ganz normal.

Das Gespräch verlief sehr zäh, die Fragen wurden eher einsilbig, z.T. in unvollständigen Sätzen beantwortet. Frau T. wirkte verschlossen und abweisend, sie vermittelte das Gefühl, man wollte ihr Probleme einreden.

Kurzbiographie 23

Die 31jährige Frau W. ist seit 10 Jahren mit einem 3 Jahre älteren TU-Angestellten verheiratet. Sie hat 2 Kinder von 10 und 7 Jahren und war bis 1979 als Buchhalterin tätig. 1978 wurde bei Frau W. ein essentieller Hypertonus festgestellt; zur selben Zeit traten auch erstmals mäßige Angstzustände auf, die mit Zittern und Herzklopfen einhergingen. Diese anfallsartigen Angstzustände steigerten sich zunehmend, so daß Frau W. nicht mehr in der Lage war, das Haus alleine zu verlassen, nur in der Wohnung fühlte sie sich einigermaßen sicher. Alle intensiven Untersuchungen - Schilddrüse etc. - ergaben keinen Befund.

Frau W. nahm kein Verhütungsmittel. Ein IUP war wegen Entzündung 5 Monate vor der Feststellung der Schwangerschaft entfernt worden. Seither hatten die Eheleute, die beide keine Kinder mehr wollten, mehrfach über eine eventuelle Sterilisation gesprochen, ohne sich jedoch einigen zu können, wer den Eingriff vornehmen lassen sollte.

Mit dem Wissen um die Schwangerschaft kam es bei Frau W. zu einer erneuten Verstärkung der Angstzustände, sie sah sich außerstande, diese weitere Belastung zu ertragen.

Im psychiatrischen Gutachten wurde bei Frau W. eine neurotisch-depressive Entwicklung mit massiver, sehr stark einengender phobischer Symptomatik festgestellt. Eine psycho-therapeutische Betreuung wurde dringend angeraten.

Gleichzeitig mit dem Schwangerschaftsabbruch, den Frau W. offenbar problemlos verkraftet hat, wurde die Sterilisation durchgeführt, unter der sie doch mehr leidet, als sie angenommen hatte. Zunächst, so berichtete Frau W. in der Nachuntersuchung, habe sie sich eingebildet, gut damit zurecht zu kommen, daß sie nicht mehr schwanger werden kann, aber im nachhinein beschleiche sie doch häufig Wehmut, vor allem

beim Anblick kleiner Kinder, es sei eben eine so endgültige Sache. Den Schwangerschaftsabbruch bereut sie nicht, sie würde dieselbe Entscheidung wieder treffen.

Frau W., die bereits eine psycho-therapeutische Behandlung abgebrochen hatte, hat sich aufgrund des Gesprächs mit dem psychiatrischen Gutachter nach dem Abbruch erneut in eine Therapie begeben. Mittlerweile ist es zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik gekommen. Stolz berichtete Frau W. von ihren Erfolgen, daß sie wieder alleine das Haus verlassen kann, einkaufen geht, etwas mit den Kindern unternimmt und sogar wieder selber Auto fährt.

Die Beziehung zu ihrem Mann beschreibt sie als sehr verständnis- und vertrauensvoll. Die Eheleute könnten über alles reden, wobei beide dies erst hätten lernen müssen, da vor allem sie früher wesentlich scheuer und zurückhaltender gewesen sei. Sie glaubt, daß es für ihre persönliche positive Entwicklung von enormer Bedeutung war, daß sie sich erstmalig in ihrem Leben zu etwas entschlossen hat, was man nicht mehr rückgängig machen kann, das habe sie irgendwie befreit.

Frau W. war sehr aufgeschlossen und lebhaft, sie redete nahezu ununterbrochen. Durch die Therapie scheint sich für sie sehr vieles verändert zu haben, so auch das Verhältnis zu ihren Eltern, von denen sie sich offenbar erst in letzter Zeit sukzessive gelöst hat.

Kurzbiographie 24

Frau W., 21 Jahre alt, hat nach der mittleren Reife eine Ausbildung als Finanzamtsanwärterin gemacht und diese vor kurzem abgeschlossen.

Frau W. hatte vor 4 Monaten die Pille abgesetzt, da sie sich von ihrem 16 Jahre älteren Freund wegen ständiger Reibereien getrennt hatte.

Seit der Feststellung der Schwangerschaft war sie völlig verzweifelt, hat sich in ihrer Wohnung eingeschlossen und war nicht mehr zum Dienst erschienen. Sie sah sich überhaupt nicht in der Lage dazu, die Verantwortung für ein Kind zu übernehmen. Sie habe - ähnlich wie nach einer nicht bestandenen Prüfung - überlegt, sich umzubringen (Gasherd), erst der Vater habe sie aufrütteln können, etwas zu unternehmen. Mit ihrem Vater, zu dem sie seit jeher ein sehr inniges Verhältnis hatte, erschien sie in der Beratung.

Im Interview schilderte Frau W., wie sie eine Woche lang intensiv überlegt habe, was sie tun solle, da habe es Momente gegeben, wo sie sich das Kind auch gewünscht habe, aber die Realität habe dagegen gesprochen. Sie hätte dem Kind nicht geben können, was es braucht, da sie arbeiten muß, die Wohnung zu klein ist, ein Kind hätte sie zum Ruin gebracht und außerdem wollte sie einen Vater für das Kind haben, aber keinesfalls ihren damaligen Partner. Es stellte sich heraus, daß sie sich eigentlich schon ein Kind gewünscht hatte, aber unter keinen Umständen von diesem Mann. Sie sei froh gewesen, als sie sich von ihm getrennt hatte, die Trennung sei ihr nicht schwergefallen und sie habe den Gedanken, durch ein Kind wieder mit ihm in Kontakt treten zu müssen, nicht ertragen. Sie könne auch heute gar nicht mehr begreifen, wie sie überhaupt mit diesem Mann zusammensein konnte. Als Gründe für die Trennung nannte sie die Altersdifferenz und ihre unterschiedlichen Interessen. Sie bestätigte, daß sie sich

in ihrer Verzweiflung konkrete Gedanken gemacht hat, wie sie sich umbringen könnte. Nur das Eintreffen des Vaters, gegen ihren Willen, hätte Schlimmes verhütet.

Frau W. berichtete, daß sie nach dem Abbruch Schuldgefühle hatte, vor allem, wenn sie darüber nachdachte, wie groß das Kind bereits gewesen ist. Häufig überlegte sie, wie es wohl wäre, ein Kind zu haben, und wie groß es jetzt wäre. Aber die Entscheidung sei richtig gewesen, sie sei froh, es gemacht zu haben.

In den ersten Monaten nach dem Abbruch war ihr eine sexuelle Beziehung nicht möglich, aus panischer Angst vor einer erneuten Schwangerschaft und auch jetzt fühlte sie sich trotz IUP nicht sicher.

Seit einem halben Jahr hat sie einen neuen Freund, die Beziehung sei sehr schön und sehr fest und sie habe die Hoffnung, daß sie recht lange hält, vielleicht sogar für immer. Insofern hat auch ihre Angst vor einer erneuten Schwangerschaft nachgelassen, weil sie das Kind jetzt in jedem Fall behalten würde. Seither denkt sie auch viel seltener an den Schwangerschaftsabbruch.

Sich selbst schilderte Frau W. als sehr stark zu Traurigkeit und Niedergeschlagenheit neigend, sie könne sich kaum wehren und würde alles in sich rein schlucken.

Frau W. machte einen eher verschlossenen, ernsten Eindruck und wurde erst lebhafter, als sie von ihrer neuen Freundschaft sprach. Sie erzählte aber sehr ausführlich und genau, nur auf Fragen nach den Ursachen für die Trennung von ihrem damaligen Partner ließ sie sich nicht näher ein, offenbar müssen da noch andere als die genannten Gründe eine Rolle gespielt haben, die zu der massiven Abneigung führten.

9. LITERATURVERZEICHNIS

AMENDT, G., 1979, Schafft die Zwangsberatung ab!, in Psychologie heute, Juni 1979

BINDER, H., 1951, Die psychiatrischen Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft, in Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 67, 1951

BÖNITZ, D., 1979, Zur Psychologie der Abtreibung, legale und illegale Schwangerschaftsabbrüche im Vergleich, Verlag Vandenhoek & Ruprecht, Göttingen 1979

BRÄUTIGAM, H. und KIRCHHOFF, H., 1982, Die Komplikationen des legalen Schwangerschaftsabbruches in der BRD, in Deutsches Ärzteblatt, 7, Februar 1982

BUCK, W., 1976, Psychische Folgezustände des legalen Schwangerschaftsabbruches, Dissertation, Hannover 1976

BUSER-WILDI, R., 1948, Über die uneheliche Schwangerschaft und deren Unterbrechung aus psychiatrischer Indikation, Dissertation, Zürich 1948

DIEDERICHS, P., 1976, Psychologische Probleme des Schwangerschaftsabbruches, in Die Berliner Ärztekammer, 6, 1976

EKBLAD, M., 1953, Psychiatrische Nachuntersuchungen bei Frauen mit gesetzlicher Schwangerschaftsunterbrechung, Acta Psychiatr. Scand., 80, 1953

ESER, A.. HIRSCH, H., 1980, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, eine Orientierungshilfe zu medizinischen, psychologischen und rechtlichen Fragen, Enke Verlag, Stuttgart 1980

FALLACI, O., 1979, Briefe an ein nie geborenes Kind, Fischer Verlag, Frankfurt a.M. 1979

FLECK, S., 1970, Some Psychiatric Aspects of Abortion, in Journal of Nervous and Mental Disease, 151, 1970

GLAUS, A., 1948, Zur psychiatrischen Indikation des Schwangerschaftsabbruches, in Schweizerische Medizinische Wochenzeitschrift, 78, 1948

GOEBEL, P., 1982, Die Motivation zum Schwangerschaftsabbruch - Ergebnis einer Untersuchung an 228 Patienten, in POETTGEN, H. (Hrsg.), Die ungewollte Schwangerschaft, a.a.O.

GOEBEL, P., 1983, Psychosoziale Daten von 228 Interruptio-Patientinnen vor und nach dem Eingriff, in Die Berliner Ärztekammer, 9, 1983

GOEBEL, P., 1984, Abbruch der ungewollten Schwangerschaft - Ein Konfliktlösungsversuch?, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1984

GREVE, W., 1968, Psychiatrische Folgen nach Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation, Habilitationsschrift, Giessen 1968

GREVE, W., 1974, Psychiatrische Aspekte des Schwangerschaftsabbruches, in Die Berliner Ärztekammer, 1, 1974

GREVE, W., SCHROEDER, S., 1977, Beratungsgespräche bei Anträgen auf Schwangerschaftsabbruch, in Psychotherapie, Medizinische Psychologie, 27, 1977

GREVE, W., 1982, Psychisch kranke Schwangere im Nachteil, in Mk. Ärztliche Fortbildung, 32, Heft 8, 1982

GREVE, W., 1982, Die ehemalige "psychiatrische Indikation" zum Schwangerschaftsabbruch nach der Reform des § 218, in POETTGEN, H. (Hrsg.), Die ungewollte Schwangerschaft, a.a.O.

HERTZ, D.G., MOLINSKI, H., 1981, Psychosomatik der Frau, Entwicklungsstufen der weiblichen Identität in Gesundheit und Krankheit, Springer Verlag, Berlin 1981

HUBER, M., 1979, Sie fahren nicht mehr nach Holland!, in Psychologie heute, Juni 1979

JÜRGENSEN, O., 1982, Schwangerschaftsabbruch unter dem Aspekt von unbewältigten Trennungskonflikten - eine tiefenpsychologische Untersuchung, in POETTGEN, H. (Hrsg.), Die ungewollte Schwangerschaft, a.a.O.

JÜRGENSEN, O., SIEDENTOPF, H.G., TRAINER, U., 1982, Das Selbstverständnis der Frauen nach dem Schwangerschaftsabbruch, in POETTGEN, H. (Hrsg.), Die ungewollte Schwangerschaft, a.a.O.

KIND, H., EIBENDENZ, M., 1974, Die psychische und soziale Belastung durch eine Mutterschaft nach vierzig im Blick auf eine psychiatrische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch, in Schweizerische Medizinische Wochenzeitschrift, 104, 1974

KOSCHORKE, M., SANDBERGER, J. (Hrsg.), 1978, Schwangerschaftskonfliktberatung, Verlag Vandenhoek & Ruprecht, Göttingen 1978

LAU, H., 1976, Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch. Beratung und Begutachtung der Konfliktschwangerschaft, Karl Demeter Verlag, Gräfelfing 1976

MARGOLIS, A., 1971, Therapeutische Abortion Follow-Up Study, Americ. Journ. Obstet. Gynaec. 110, 1971

MENNE, K., MOERSCH, E., 1980, Psychoanalytische Erfahrungen aus der Supervision von Schwangerschaftskonflikt-Beratungen, in Psyche, 2, 1980

MERZ, M., 1979, Unerwünschte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch in der Adoleszenz, eine psychoanalytische Untersuchung, Verlag Hans Huber, Wien/Bern 1979

MEYEROWITZ, S., 1971, Induced Abortion for Psychiatric Indication, in American Journal Psychiatry 127, 9, 1971

MOLINSKI, H., 1972, Die unbewußte Angst vor dem Kind - als Ursache von Schwangerschaftsbeschwerden und Depressionen nach der Geburt, Kindler Verlag, München 1972

MOLINSKI, H., 1980, Psycho-soziale Hintergründe des Schwangerschaftsabbruchs heute, in "Ärztin", 5, 1980

MOLINSKI, H., 1978, Schwangerschaft als Konflikt, in KOSCHORKE, M., SANDBERGER, J. (Hrsg.), Schwangerschaftskonfliktberatung, a.a.O.

NISWANDER, K., PATTERSON, R., 1967, Psychologic Reaction to Therapeutic Abortion, Americ. Journ. Obstet. Gynaec. 114, 1967

OETER, K., WILKEN, M., 1981, Psychosoziale Entstehungsbedingungen unerwünschter Schwangerschaften, medizinisch-soziologische Untersuchung zum kontrazeptiven Verhalten, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Band 75, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1981

OETER, K., 1982, Erwartete Konsequenzen unerwünschter Schwangerschaft, in POETTGEN, H. (Hrsg.), Die ungewollte Schwangerschaft, a.a.O.

PASINI, W., 1980, Psychosomatik in Sexualität und Gynaekologie, Hippokrates Verlag, Stuttgart 1980

PEREZ-REYES, M.G., FALK, R., 1973, Follow up after Therapeutic Abortion in Early Adolescence, Arch. Gen. Psych. 28, 1973, 120-126

PETERSEN, P., 1977, Seelische Folgen nach legalem Schwangerschaftsabbruch, in Deutsches Ärzteblatt, 18, 1977

PETERSEN, P., 1981, Loyalität und Emanzipation im Schwangerschaftskonflikt, in Psyche, 7, 1981

POETTGEN, H. (Hrsg.), 1982, Die ungewollte Schwangerschaft - eine anthropologische Synopsis, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln-Lövenich 1982

POETTGEN, H., 1984, Auf dem Wege zu einer ärztlichen Indikation, in Deutsches Ärzteblatt, 24, 1984

RUNTE, K.P., 1978, § 218 nach der Reform, Erfahrungsbericht eines Arztes, Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln 1978

SCHORNO, O., 1966, Katamnese unerwünschter Schwangerschaften, deren Unterbrechung gemäß Art. 120 StGB vom Psychiater abgelehnt worden ist, Dissertation, Zürich 1966

SCHULTE, W. et al., 1969, Unerwünschte Schwangerschaft, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1969

SIEGFRIED, S., o.J., Psychiatrische Untersuchungen über die Folge künstlicher Schwangerschaftsunterbrechung, in Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, Bd. 67

STOECKERT, C., HOLLENBACH, B., HÖBICH VON HOLLEBEN, D., 1983, Sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen, in Das Berliner Ärzteblatt, 9, 1983

SIMON, N., 1967, Psychiatric Illness Following Therapeutic Abortion, in American Journal Psychiatry 124, 1, 1967

TALLEN, H., 1980, § 218 - Zwischenbeilanz einer Reform, Patmos Verlag, Düsseldorf 1980

WANNER, O., 1974, Schwangerschaftsabbruch aus psychiatrischer Indikation mit und ohne Sterilisation im Urteil von 242 betroffenen Frauen, in Schweizerische Medizinische Wochenzeitschrift, 104, 1974

WANNER, O., 1974, Das vom Psychiater abgelehnte Interruptionsbegehren im Urteil von 218 betroffenen Frauen, in Schweizerische Medizinische Wochenzeitschrift, 104, 1974

WENDERLEIN, J.M., 1978, Risiken der Abruptio, komplikationsarme Technik gibt Blick auf psycho-soziale Folgen frei, in Sexualmedizin 12, 1978

WIMMER-PUCHINGER, B., 1982, Schwangerschaft als latenter Konflikt - empirische Untersuchung über soziale und psychische Determinanten der Entscheidungsbildung, in POETTGEN, H. (Hrsg.), Die ungewollte Schwangerschaft, a.a.O.

WINDOLF, P., 1979, Offene Interviewtechnik und Auswertungsverfahren, discussion paper, IIM/dp 79-97, Wissenschaftszentrum Berlin 1979

WOLFF, U., 1977, Schwangerschaftsabbruch - Sorgenkind deutscher Sozialpolitik, in Der deutsche Arzt, 27. Jahrg., Heft 18, 1977

WOLFF, U., 1973, Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Sicht, Sammlung Göschen, de Gruyter Verlag, Berlin 1973

WYSS, R., 1958, Die psychiatrische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung bei nicht geisteskranken Frauen, in Schweizerische Medizinische Wochenschrift 88, 1958

ZWAHLEN, R., 1966, Unmittelbare psychische Reaktionen nach ärztlich indizierter Schwangerschaftsunterbrechung, in Schweizer. Archiv Neurologie Neurochirurgie, Psychiatrie 98, 1966

An dieser Stelle möchte ich
Herrn Prof. W. Greve für seine
fachliche Unterstützung, v.a.
aber auch dafür danken, daß er
mir immer wieder Mut machte,
die Arbeit fertig zu stellen.

Lebenslauf

Geboren am 24.10.1957 in Bonn, als Tochter von Hubertus und Elisabeth Waldhausen, geb. Mannheim. 1964 Einschulung in die Grundschule an der Lankerstraße in Düsseldorf-Oberkassel. 1968 Wechsel zum Cecilien-Gymnasium in Düsseldorf-Oberkassel, dort 1976 Abitur. 1976 Beginn des Medizin-Studiums an der Universität Düsseldorf. 1979 Wechsel an die Freie Universität Berlin. Nach Ablegen des 3. Teils der medizinischen Staatsprüfung 1983 Erteilung der Approbation. Seit November 1983 als Assistenzärztin in der Chirurgischen Abteilung des Rittberg-Krankenhauses vom DRK tätig.

Papyrus-Druck GmbH Berlin ☎ 3416451
Dissertationen